

Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XV^e Série - 100^e Année - T. I - N^o 1

Paris, Mars 1942

IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

I, RUE DES CAPUCINS -- CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1842-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

Secrétaires de la Rédaction : P. CARRETTE et J. VIÉ

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1942)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Colonies, 260 fr. — Changement d'adresse, 1 fr

Etranger : Tarif N° 1, 360 fr. ; Tarif N° 2, 380 fr.

Ne bénéficient du tarif réduit n° 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

I ^{re} série, par BAILLAGER, CERISE et LONGET (1843 à 1848), 12 vol. in-8. Les années 1816-1847 sont épuisées. 8 vol. in-8.....	942 fr. »
II ^e série (1849-1854), par BAILLAGER, BRIERRE DE BOISMONT et CERISE. 6 volumes in-8.	1.070 fr. »
III ^e série (1855-1862), par BAILLAGER, MOREAU (de Tours) et CERISE. 8 volumes in-8.....	1.394 fr. »
IV ^e série (1863-1868), par BAILLAGER, CERISE et LUNIER. 12 vol. in-8.....	972 fr. »
V ^e série (1869-1878), par BAILLAGER, CERISE et LUNIER. 20 vol. in-8.....	1.718 fr. »
VI ^e série (1879-1884), par BAILLAGER, LUNIER et FOVILLE. 12 volumes in-8..	972 fr. »
VII ^e série (1885-1894), publiée par BAILLAGER, FOVILLE et RITTI. 20 vol. in-8.....	1.620 fr. »
VIII ^e série (1895-1904), publiée par ANTOINE RITTI. 20 vol. in-8.....	1.620 fr. »
IX ^e série (1905-1911), publiée par A. RITTI. 14 volumes in-8.....	1.134 fr. »
X ^e série (1912-1920), publiée par A. RITTI et H. COLIN. 14 vol. in-8.....	1.134 fr. »
XI ^e série (1921), publiée par HENRI COLIN, 2 volumes in-8.....	162 fr. »
XII ^e série (1922-1930), publiée par HENRI COLIN. 18 volumes in-8.....	1.458 fr. »
XIII ^e série (1931), publiée par RENÉ CHARPENTIER. 2 volumes in-8.....	286 fr. »
XIV ^e série (1932-1934), publiée par RENÉ CHARPENTIER, 6 vol. in-8.....	858 fr. »
XV ^e série (1935-1941), publiée par RENÉ CHARPENTIER. 14 vol. in-8.....	2.002 fr. »
Table générale et alphabétique (1843 à 1876). 1 volume in-8.....	97 fr. 50
Table générale et alphabétique (1867 à 1878). 1 volume in-8.....	97 fr. 50
Table générale et alphabétique (1879 à 1930). 1 volume in-8..	195 fr. »

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1942

TOME PREMIER

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

M. M. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, CAPGRAS, H. CLAUDE,
COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE,
J. FAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER,
J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT,
PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,
TOULOUSE, VERNET.

Secrétaires de la Rédaction : P. CARRETTE et J. VIÉ

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

90152

XV^e SÉRIE — 100^e ANNÉE — 1942
TOME PREMIER



IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 100^e ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1942

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Le cannabisme, par A. POROT.....	1
L'encéphalite aiguë mélitococcique, par A. POROT, Ch. BARDENAT et P. LÉONARDON.....	25
Délire « aiguë » mélitococcique, par SALLE et SUTTER.....	29
Note sur les psychoses mélitococciques, par AUBIN et CAMATTE.....	32
Une famille de psychopathes, par J. SUTTER.....	40
Le test au cardiazol. Sa valeur dans le diagnostic de l'épilepsie, par BARDENAT, M. POROT et LÉONARDON.....	97
Posologie du cardiazol. Détermination de la dose convulsivante, par M. POROT.....	122
Les paranoïaques dans l'administration, par RAMÉE et BARDENAT.....	128
Essai critique sur la physiopathologie de l'épilepsie, par H. ROGER.....	257
Chômage et psychopathies. Psychoses et névroses de chômage. Chômage secondaire à la psychopathie, par J. VIÉ.....	273

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 12 janvier 1942

Pages

Syndrome initial de paraplégie dans la paralysie générale juvénile et infantile, par MM. R. DUPOUY, J. DE AJURIAGUERRA et P. BERNARD.....	141
Un cas d'épilepsie réflexe. Rôle prépondérant de l'élément surprise, par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA.....	145
Crises convulsives hystériques chez une cardiaque. Amélioration par opothérapie complémentaire, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, J. DELAY, H. MAURICE et M ^{lle} GRAVEJAL.....	148
Catatonie schizophrénique avec méningite séreuse de la convexité. Intervention, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET, M ^{lle} GRAVEJAL et M. PERRIN.....	154

Séance du lundi 26 janvier 1942

Décès du D ^r ROGUES DE FURSAC et du D ^r Raoul LEROY.....	159
Adoption du procès-verbal.....	160
Correspondance.....	160
Commission des prix.....	161
Election d'un membre titulaire honoraire.....	161
Election de trois membres titulaires.....	162
Election d'un membre correspondant national.....	162
Masochiste obsédé, habitudes sadiques du conjoint et érotomanie de compensation, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, P. NEVEU et F. BRISSON.....	163
Guérison rapide par l'électro-choc d'une mélancolie chez une femme âgée de 69 ans, par MM. A. BROUSSEAU, S. CASALIS et P. LAUBRY.....	167
Traitement de l'encéphalite psychosique azotémique par les injections intraveineuses massives de sérum glucosé chauffé à 50° (53 guérisons sur 60 cas traités), par M. HYVERT.....	172

Séance du lundi 23 février 1942

Décès du D ^r MARTIN-SISTERON.....	299
Adoption du procès-verbal.....	299
Correspondance.....	299
Election de deux membres correspondants nationaux.....	360
Un cas d'incendie volontaire dû à l'irritabilité chez un alcoolique chronique, par MM. BRIAU et Cl. POTTIER.....	300
Résultats obtenus par l'électro-choc dans diverses affections mentales, par M. TISON.....	305
Persistance mentale morbide, par M. HYVERT.....	310

Séance du lundi 9 mars 1942

	Pages
Délire radiophonique, par M. HEUYER, M ^{lle} BARRÉ et M. SAUGUET.....	315
Etat démentiel de type presbyophrénique avec syndrome d'automa- tisme mental; méconnaissance de la mort; hypertrichose capillaire, par MM. HEUYER et SAUGUET.....	319
Auto-accusation criminelle chez un débile, par MM. HEUYER et SAUGUET.	323
Examen clinique d'un « bourreau domestique ». Rôle des inter- actions conjugales, par MM. J. DUBLINEAU et S. FOLLIN.....	326
Syndrome passionnel de jalousie, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, P. NEVEU et M ^{lle} S. JOUANNAIS.....	329
Syndrome préfrontal pur par atrophie cérébrale localisée, par MM. LAI- GNEL-LAVASTINE, H. MIGNOT et M ^{lle} S. JOUANNAIS.....	333
Démence sénile simple, précoce, et dégénérescence neuro-fibrillaire d'Alzheimer, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER.....	338
Perforation crânienne par les granulations de Pacchioni chez un alcoolique chronique, par MM. L. MARCHAND et R. DUPOUY.....	341
Syndrome : aphasie, insistance loquace, monoprosexique. (Contribu- tion à l'étude des aphasies sans lésion focale), par MM. P. GUIRAUD, P. SOURIAU et P. FOUQUET.....	343

Séance du lundi 23 mars 1942

Décès du Dr A. BRETON.....	348
Adoption du procès-verbal.....	348
Correspondance.....	348
Election de deux membres correspondants nationaux.....	348
Sur quelques aspects psychologiques de la captivité, par M. J. DUBLI- NEAU.....	349
A propos d'un cas de paralysie générale sans signes physiques, par M. W. AUBRUN et J. HEWITT.....	353
Un cas d'hérédosyphilis nerveuse; paralysie générale infantile ou syphilis cérébrale diffuse, par MM. W. AUBRUN et J. HEWITT.....	355
Réactions à la tuberculine au cours de diverses psychoses primi- tives, par M. M. HYVERT.....	362
Mode hallucinatoire particulier d'un délirant chronique, par MM. G. DAUMÉZON et L. CASSAN.....	366

RÉUNIONS ET CONGRÈS

95^e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie

Mulévoz-Monthey (14-15 juin 1941)

Pages

Les problèmes scientifiques et pratiques communs à la Psychiatrie, à l'Hygiène mentale et à la Prévoyance en faveur des infirmes et des anormaux, par M. A. REPOND.....	76
Les désirs de la Pédagogie curative envers la Psychiatrie, par M. H. HANSELMANN.....	77
Les résultats principaux de trois enquêtes sur les anormaux dans le canton d'Appenzell Rh. Ext., par M. A. KOLLER.....	78
De la nature des enfants examinés et des méthodes d'examen appliquées dans un pavillon d'observation médico-pédagogique, par M. J. LUTZ.....	80
Oligophrénie et thyroépathie endémique, par M. J. EUGSTER.....	80
De l'importance de l'attitude psychique chez les déficients physiques, par M. K.-M. WALTHARD.....	81
Les rêves d'un aveugle, par M. A. KIELHOLZ.....	82
Le développement de l'assistance aux anormaux en Suisse, par M. H. BERSOT.....	82
Le service médico-pédagogique et le service social valaisan, par MM. A. REPOND, N. BÉNO, M ^{lle} L. DUPRAZ et M. L. MULLER.....	83
A propos du suicide en Suisse. Considérations sur le suicide en rapport avec la génétique, par M. BOVEN.....	83
Enquête sur le danger des démonstrations publiques d'hypnotisme et de suggestion, par M. H. STECK.....	85

96^e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie

Bâle (15-16 novembre 1941)

Les traitements modernes de choc et spécialement l'électro-choc. Technique, indications et résultats, par M. H. MÜLLER.....	85
Le sort ultérieur et la constitution de schizophrènes guéris par le traitement de choc, par M. M. BLEULER.....	86
Comparaison entre les crises convulsives par le cardiazol et par le choc électrique (avec présentation d'un film cinématographique), par M. H. BERSOT.....	86
Sommations thérapeutiques et électrochoc, par M. F. GEORGI.....	86

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

	Pages
<i>Séance du jeudi 8 mai 1941</i>	51
<i>Séance du jeudi 15 mai 1941</i>	53
<i>Séance du jeudi 12 juin 1941</i>	56
<i>Séance spéciale du jeudi 10 juillet 1941</i>	60
<i>Séance du jeudi 6 novembre 1941</i>	180
<i>Séance du jeudi 4 décembre 1941</i>	183
<i>Séance du jeudi 8 janvier 1942</i>	186
<i>Séance du jeudi 5 février 1942</i>	369

Société de Médecine mentale de Belgique, Société belge de Neurologie et Groupement belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

<i>Séance commune du samedi 28 juin 1941</i>	70
--	----

Société de Médecine mentale de Belgique et Société belge de Neurologie

<i>Séance commune du samedi 26 juillet 1941</i>	72
<i>Séance du samedi 25 octobre 1941</i>	190
<i>Séance du samedi 29 novembre 1941</i>	192
<i>Séance commune du samedi 28 février 1942</i>	372

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

<i>Séance du samedi 20 décembre 1941</i>	194
--	-----

VARIÉTÉS

Hôpitaux psychiatriques : Nécrologie.....	95
— — — Mise en disponibilité.....	253
— — — Concours pour un poste de pharmacien chef de laboratoire à l'hôpital psychiatrique de Blida.....	253

	Pages
— — Nominations.....	397
— — Concours du médical des hôpitaux psychia- triques.....	398
Hygiène et Prophylaxie : L'alcoolisme dans l'enfance. L'hérédité alcoolique.....	398
Maisons de Santé : Nécrologie.....	253
— — Comité d'organisation des maisons de santé privées..	253
Nécrologie : Auguste COUESLANT (1868-1942).....	256
— Raoul LEROY (1869-1941).....	400
Ordre National des Médecins : Loi du 26 novembre 1941 modifiant la loi du 7 octobre 1940.....	255
— — — Renouveaulement du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins.....	255
— — — Conseil départemental des Alpes-Mari- times	256
— — — Loi du 31 décembre 1941 modifiant celle du 7 octobre 1940.....	399
Réunions et Congrès : Société suisse de psychiatrie.....	254
— — Réunion du Comité national suisse d'hygiène mentale	398
Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé : Désignation du nouveau Secrétaire d'Etat.....	397
Société Médico-Psychologique : Séances..... 95, 252	396
— — — Prix, 1943.....	96
— — — Nécrologie	253
— — — Bureau pour 1942.....	396

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

- Accusation (auto-) eriminelle chez un débile (HEUYER et SAUGUET), 323.
- Acromégalie (J. DAGNÉLIE), 194.
- Acropathie ulcéro-mutilante familiale (A. THÉVENARD), 186.
- Actualité (système de l') (Jean NOGUÉ), 214.
- Addison (maladie d'). Traitement (D. MAHOUDEAU), 395.
- Adie (syndrome d') (LE FLOCH), 200.
- Alcoolique chronique (incendie volontaire par un) (BRIAUX et Claude POTIER), 300.
- chronique. Perforation crânienne par les granulations de Paechioni (L. MARCHAND et R. DUPOUY), 341.
- Alcoolisme chronique (Léon BRUEL et Raoul LECOQ), 242.
- héréditaire (Gabriel DESHAYES), 375.
- Algies rachidiennes et décalcification (J.-A. CHAVANY), 235.
- Amyotrophie, ophtalmoplégie. Troubles de la phonation et de la déglutition (F. THIÉBAUT, Ch. PROVOST et KIPFER), 56.
- selérosante généralisée progressive (HEUYER et FELD), 187.
- du type Charcot-Marie (HEUYER, HUREZ et FELD), 369.
- Anesthésie de l'hémiface gauche avec kératite ; *idem* à droite 23 ans après (JACQUEMOTTE et Mareel MOREAU), 195.
- Aneurine (variations d'excitabilité nerveuses chez le rat carencé en) (Paul CHAUCHARD et Mme MAZOUÉ), 241.
- Anorexie mentale (querelle de l') (L. CORNIL et M. SCHACHTER), 374.
- Anormaux (enquêtes sur les) dans le canton d'Appenzell (A. KOLLER), 78.
- Aphasie, insistance loquace monopraxique (P. GUIRAUD, P. SOURIAUX et P. FOUQUET), 343.
- Apractognosie géométrique et apraxie constructive consécutives aux lésions du lobe occipital (J. LHERMITTE et J. MOUZON), 379.
- Apraxie idéo-motrice (J. MUSSIO-FOURNIER, F. RAWAK et J.-T. FISCHER), 225.
- Argyll-Robertson (signe d') en dehors de la syphilis (Mme André VAN LEEUVEN), 195.
- Artère cérébrale postérieure (ramollissement de l') gauche. Déficits optiques et associés (P. MOLLARET, René BÉNAUD et R. PLUVINAGE), 57.
- Asaret (l'), succédané indigène de l'ipecaeuanha (Henri LECLERC), 393.
- Assistance aux anormaux en Suisse (H. BERSOT), 82, 202.
- psychiatrique extra-hospitalière en Suède (Viktor WIGERT), 249.
- psychiatrique extra-hospitalière en Norvège (Armud ODEGARD), 385.
- Assistante (l') sociale devant l'enfance malheureuse et coupable (Anne-Marie BOUCHET), 384.
- Asthme et épilepsie (PASTEUR VALLÉRY-RADOR et BLAMOUTIER), 185.
- Atrophie cérébelleuse et olivaire avec atrophie du cortex cérébral (Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jacqueline GODET-GUILLAIN), 232.
- Atrophies musculaires d'origine pariétale (P. DELMAS-MARSALET), 69.
- Azotémie et troubles psychiques. L'encéphalose azotémique (A. LEMIERRE, M. DELAY et G. TARDIEU), 208.

(1) Les chiffres en caractères gras renvoient aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

B

- Basilaire (impression) et assimilation de l'atlas (de REYMAECKER), 72.
Benzolique (intoxication) chronique (Maurice PERRIN, Pierre KISSEL et Louis PIERQUIN), 248.
Biliaires (sels) en thérapeutique (André VARAY), 294.
Bourreau domestique. Interactions conjugales (J. DUBLINEAU et S. FOLLIN), 326.

C

- Calcium (gluconate de). Action des injections intra-veineuses sur la réserve alcaline et la calcémie (Raoul LECOQ), 392.
— et alcool glucosé. Action comparée des injections intra-veineuses sur le redressement de la réserve alcaline (Raoul LECOQ), 392.
Cannabisme (le) (A. POROT), 1.
Captivité (aspects psychologiques de la) (J. DUBLINEAU), 349.
Cardiazol (test au) dans l'épilepsie (BARDENAT, Maurice POROT et LÉONARDON), 97.
— (posologie du) (Maurice POROT), 122.
— (rôle fonctionnel de la thérapeutique convulsivante par le) (Maurice HYVERT), 387.
Carenciels (épidémie de troubles) de type bériberique (P. SIVADON), 211.
Cataplectique (syndrome) avec altérations paroxystiques de la personnalité (J. LHERMITTE), 182.
Cataplexie et sulfamidothérapie (A. LEROY), 190.
Catatonie schizophrénique avec méningite séreuse de la convexité. Intervention (LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET, Mlle GRAVEJAL et PERRIN), 454.
Gausalgie de guerre (DESCAMP), 70.
Causalité des phénomènes psychiques (Zevedei BARBU), 213.
Cérébelleux (syndrome) avec myoclonies (J. LHERMITTE, RIBADEAU-DUMAS et J. SIGWALD), 58.
Chagrin (herbe au) (Henri LECLERC), 393.
Choc (le) par déflagration en France de 1914 à 1918 (Charles-S. MYERS), 90.
Chocs thérapeutiques anciens et modernes en psychiatrie (Jacques VIÉ), 385.

- Cholestéatome du cervelet (ROGER, ARNAUD, PAILLAS et DELMAS), 69.
Choline-estérase dans le liquide céphalo-rachidien (Hans BIRKHAUSER), 240.
Chômage et psychopathies (Jacques VIÉ), 273.
Colère (réaction dite de) chez les nouveau-nés (J. STOFFELS), 221.
Coma barbiturique. Traitement par la strychnine (Paul COSSA), 390.
Convulsions (crises) hystériques chez une cardiaque, améliorées par opothérapie complémentaire (LAIGNEL-LAVASTINE, J. DELAY, H. MAURICE et Mlle GRAVEJAL), 148.
— infantiles et épilepsie (Louis MARCHAND), 226.
Coqueluche. Complications nerveuses (A.-H. TERASSIER), 199.
Corne d'Ammon (tumeur de la) avec hyposmie (PETIT-DUTAILLIS et MESSIMY), 183.
Corporelle (image) (J. LHERMITTE), 63.
Corps (image de notre) (ANDRÉ-THOMAS), 60; d'après LHERMITTE (R. MOURGUE), 206.
Cortico-surrénale (hormone) dans l'organisme (A. GIROUD, R. RATSIMANANGA et H. CHALOPIN), 246.
Cranio-cérébrales (blessures) par projectiles (A. THUREL), 203.
Cranio-pharyngiomes. Diagnostic (CL. VINCENT et Fr. THIÉBAUT), 381.
Cyclopes, cébocéphalie mineure (Cornélius de LANGE), 239.

D

- Déficients (attitude psychique chez les) physiques (K.-M. WALTHARD), 81.
Dégénérescence rétinienne et dégénérescence cérébrale associées (F. THIÉBAUT et G. OFFRET), 56.
— dite fibrillaire d'Alzheimer. Le phénomène de l'enrobage amyloïde (P. DIVRY), 239.
Délire « aiguisé » mélitococcique (SALLE et SUTTER), 29.
— radiophonique (HEUYER, Mlle BARRÉ et SAUGWET), 345.
Delirium tremens. Traitement par le sulfate de magnésie intraveineux en solution hypertonique (DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE), 184.
Démence précoce (troubles endocrino-sympathiques dans la) (H. FIORENTINI), 91.

—, Traitements nouveaux (TOYE), 386.

Démence sénile simple, précoce et dégénérescence neurofibrillaire d'Alzheimer (L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER), 338.

Déméntiel (état) de type presbyophrénique avec syndrome d'automatisme mental (HEUYER et SAUGUET), 319.

Désir de désirer (LOUIS VIALLE), 211.

Diabète insipide post-traumatique (KOURILSKY, M. DAVID, J. SICARD et GALEY), 371.

Douleur (la) dans les hernies discales (CARROT et DAVID), 187.

E

Ectopies musculaires nerveuses (DELCOURT), 372.

Electro-choc (guérison rapide par) d'une mélancolie de 69 ans (A. BROUSSEAU, S. CASALIS et Pierre LAUBRY), 167.

— dans les affections mentales (TISON), 305.

— en psychiatrie (M. LAPEPE et J. RONDEPIERRE), 388.

Electro-encéphalogramme (action du ganglion stellaire sur l') (J. BERTHARD, J. GOSSET, LACAPE et Mme GODET-GUILLAIN), 55.

Electro-encéphalographie (recherches sur l') (BAUDOUIN), 55.

Encéphalite (l') aiguë méltococcique (A. POROT, Ch. BARDENAT et LÉONARDON), 25.

— (syndrome par polio-) supériorité hémorragique (J. LHERMITTE, A. PENROZ et AJURIAGUERRA), 52.

— psychosique azotémique. Traitement par les injections de sérum glucosé (Maurice HYVERT), 172.

Encéphalites pseudo-tumorales (J.-N. BONDIL), 199.

— psychosiques azotémiques. Traitement (A. JOLIN), 203.

Encéphalo-myélite malarique (VAN LAERE), 74.

Encéphalopathies infantiles. Rôle du trauma obstétrical (J.-M. RANQUE), 199.

Endocraniose diffuse avec hyperostose frontale interne, guérison de troubles psychiques après trépanation frontale (PETIT-DUTAILLIS, MESSINY, Ch. RIBADEAU-DUMAS et XAMBEU), 187.

Enfants et adolescents qui tuent (Lauretta BENDER et Frank-J. CURRAN), 250.

Enurésie infantile (R. GARBIES), 93.

Epilepsie. Renseignements fournis par l'électro-encéphalographie (A. Plichet), 58.

— réflexe ; rôle de la surprise (L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA), 145.

— Traitement neuro-chirurgical (PUECH et PORIN), 180.

— Le foyer épileptogène et son excrès (LHERMITTE, GUILLAUME et J. de AJURIAGUERRA), 188.

— Etiologie (Ph. PAGNIEZ et A. Plichet), 226.

— narcoleptique (L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA), 227.

— Biochimie (H. GOLDSTEIN et R. Mc FARLAND), 242.

— Physiopathologie (Henri ROGER), 257.

— (procédés psychiatriques dans le traitement de l') (Stanley COBB), 389.

Epilepsies et psychoses discordantes (Sven FOLLIN), 198.

Epileptiques. Examen électro-encéphalographique (A. BAUDOUIN), 241.

Epiphysaire (région) chez l'homme (QUERCY, de LACHAUD et SITTLER), 383.

Epiphyse. Histologie (R. DELCOURT), 192.

—, fornix et corne d'Ammon (A. GEREBTZOFF), 192.

Equilibre et équilibration (André-THOMAS), 88.

Expertises neuro-psychiatriques dans l'armée (Joseph LITTMANN), 249.

F

Facial (anastomose hypoglosso-faciale pour section du) (G. BOURGUIGNON), 185.

G

Galactosémie provoquée, test de l'hyperthyroïdie (R. RIVOIRE), 244.

Glutathionémie dans le choc insulinaire (LAIGNEL-LAVASTINE, Mlle Yvonne BONNARD, M. BOUVET et J. ASUAD), 240.

Goût (psychologie du). La diététique (R. GOIFFON), 395.

H

- Habitudes (rétention de trois) différentes après lésions du cortex cérébral du rat (André REX), 219.
- Hallucination (l') est-elle accessible à notre connaissance (Ferdinand MOREL), 206.
- Hallucinatoire (mode) particulier d'un délirant chronique (G. DAUMÉZON et L. CASSAN), 366.
- Hasard (notion psychologique du) (Camille SCHUWER), 224.
- Hématomes traumatiques (réactions de la tige cérébrale au cours des) intracraïens (Marcel ARNAUD, J.-E. PAILLAS et GOUJOUX), 230.
- Hémiatrophie faciale coexistant avec une neurofibromatose cutanée diffuse (G. GUILLAIN, GROSSIORD et ROUZAUD), 371.
- Hémiplégie spinale et staphylococcémique (Henri SCHAEFFER), 234.
- Hémorragie (traitement chirurgical de l') cérébrale (LHERMITTE, DELTHIL et GUILLAUME), 54.
- cérébrale. Traitement chirurgical (LHERMITTE et GUILLAUME), 68.
- cérébrale non traumatique. Indications opératoires (DAVID et H. HECAEN), 184.
- Hémorragies méningées non traumatiques (Clovis VINCENT), 230.
- Hérédo-ataxie cérébelleuse (affection du type) avec atteinte du neurone moteur périphérique (Marcel LELONG, Ivan BERTRAND et Jean LEREBOUTLET), 584.
- — cérébelleuse. Etude anatomoclinique (G. GUILLAIN, I. BERTRAND et Mme GODET-GUILLAIN), 186.
- Hérédo-syphilis nerveuse (W. AUBRUN et J. HEWITT), 355.
- Hernie méniscale (DELMAS-MARSALET), 69.
- Hormone mâle synthétique dans les troubles psychiques de l'hyperfolliculinémie (BRODIN), 394.
- Hydrocéphalie avec manifestations cérébelleuses secondaires (J. GUILLAUME), 52.
- aiguë. Traitement chirurgical (GUILLAUME), 181.
- de l'adulte à forme paraplégique et à poussées successives (LHERMITTE et MOUZON), 189.
- Hyperostose frontale interne (syndrome de Morgagni) (GROIRE), 67.

- frontale interne (syndrome de Morel), son autonomie (MOLLARET, Mme MOLLARET et LEBEAU), 68.
- frontale interne familiale (R. de MONTMOLLIN), 230.
- Hypersomnie (crises d') prolongée rythmée par les règles (LHERMITTE et DUBOIS), 185.
- Hypertension artérielle à forme pseudo-tumorale (Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et J.-E. GRUNER), 59.
- artérielle (odème cérébro-méningé et papillo-rétinien par) (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et W.-E. MAFFEI), 231.
- Hypnotisme (dangers des démonstrations publiques d') et de suggestion (H. STECK), 85.
- Hypoglycémie insulinaire (l'). Ses effets sur les centres nerveux (P. CHAUCHARD), 52.
- Hypoglycémiques (états) et psychologie criminelle (Joseph WILDER), 250.
- Hypophyse (tumeur envahissante de l'). Radiothérapie post-opératoire (HUGUENIN et GUILLAUME), 372.

I

- Imagination, idéation (Paul Masson-OURSSEL), 216.
- Infirmier (personnel) des établissements psychiatriques en Suisse (H. BERSOT), 248.

J

- Jalousie (syndrome passionnel de) (LAIGNEL-LAVASTINE, Paul NEVEU et Mlle S. JOUANNAIS), 329.
- Jumeaux. Hérité et émotivité (Gh. ONACEA-URSU), 214.
- Juvénilité faciale (Etienne MAY), 245.

K

- Korsakoff (psycho-polynévrite de). Etiologie et pathogénie (P.-L. GINÉSY), 92.
- (syndrome de). Substratum anatomique (Ladislaus BENEDEK et Adolf JUBA), 236.
- Kystes colloïdes (syndrome des) du 3^e ventricule (L. ÉCTORS), 193.

L

- Labyrinthe (projection corticale du).
La voie vestibulo-cérébrale (Michel A. GERBETZOFF), 383.
- Langage, langue et parole (Jean PRZYLUKI), 220.
- secret chez les enfants (Marthe STURM), 221.
- Leucémies. Complications nerveuses (Lucien ROUQUÉS), 65.
- Lobe occipital (syndromes consécutifs aux lésions du) (Jean LHERMITTE), 380.
- Luschka (le trou de) (R. THUREL), 235.
- Luther (Martin); milieu, caractère et psychose (J. REITER), 197.

M

- Magnésium fixateur de calcium et du phosphore (QUISERNE et Mlle JARRIGE), 393.
- Malariathérapie. Valeur et résultats (René BESSIÈRE et F. BRISSON), 389.
- Maniaque-dépressive (psychose). Modifications des lipides du sérum (Gudrun BRUN), 201.
- Masochiste obsédé, habitudes sadiques du conjoint et érotomanie de compensation (LAIGNEL-LAVASTINE, Paul NEVEU et F. BRISSON), 163.
- Médecine sociale (enseignement de la) (F. HÉGER-GILBERT), 251.
- Médico-pédagogique (service) et service social valaisan (A. REPOND, N. BENO, Mlles L. DUPRAZ et L. MULLER), 83.
- (enfants examinés et méthodes appliquées dans un pavillon d'observation) (Jacob LUTZ), 80.
- Mélancolie (le profil psychologique et psychiatrique de la) (P. CONY), 91.
- Mélanoblastoses (les) neuro-cutanées (TOURAINÉ), 54.
- Mélanoblastome primitif de la queue du cheval (R. GARCIN, PETIT-DUTAILLIS et J. BERTRAND), 53.
- Mélitococciques (psychoses) (AUBIN et CAMATTE), 32.
- Membre fantôme consécutif à un tuberculome cérébral (LHERMITTE, RISER et GAYRAL), 370; — consécutif à une section de la moelle dorsale (LHERMITTE et SIGWALD), 370.
- Mémoire (le problème de la) (Rudolf ROOSEN), 216.

- Méningite séreuse aiguë. Amaurose, récupération visuelle après trépanation (Mareel DAVID, Jean VOISIN et Mlle TOURNEVILLE), 57.
- hérédo-syphilitique (Aimé ARNAUD), 93.
- affection bulbaire et médullaire, succès du traitement salicylé (BÉHAQUE), 183.
- cérébro-spinale du nourrisson (H. GRENET, J. MILHIT et Mme AUPINEL-TAVERNIER), 232.
- Méningo-encéphalite hémorragique (R. LACOSTE), 199.
- Ménisque intervertébral (hernie postérieure du) lombaire et sciatique haute (Van LAERE), 74.
- Mentaux (malades). Constitution morphologique (S.-P. CUPCEA), 207.
- (états). Modifications du sang et du liquide céphalo-rachidien (H. CLAUDE), 240.
- Moelle (complications des traumatismes de la) (C. LACROIX), 200.
- Morale professionnelle du médecin (E. RIST), 196.
- Moteur oculaire commun (paralysie du) par engagement du lobe temporal (ALAJOUANINE, THUREL et VILLEY), 59.
- Musique, architecture temporelle (Gisèle BRELET), 224.
- Myasthénie dite bulbo-spinale (J.-A. CHAVANY), 233.
- (dangers du traitement de la) par la cortine de synthèse (P. MOLLARET, J. LEREBOLLETT, A. GROSSIORD et M. ROUZAUD), 395.
- Myélite zostérienne (hyperpathie et modifications des réflexes consécutives à la) (LHERMITTE et Mme BUSSIÈRE de ROBERT), 370.
- Myélomalacie et cancers viscéraux (LHERMITTE et BUSSIÈRE de ROBERT), 186.
- Myopathie basedowienne (A. DEVIC, M. JEUNE et J. DUVERNE), 245.
- Myxœdème (psychoses avec) (Ralph M. CROWLEY), 244.

N

- Nerfs périphériques. Traumatisme (MAGE et MARTIN), 71.
- (chirurgie des plaies des) (MARTIN et HOWET), 71.
- (lésions des) périphériques et vasculaires (FLAMAND et MARTIN), 71.

- périphériques (vie végétative des) d'après l'observation chirurgicale (René LERICHE), 229.
- Neurasthénie des employés (MOREAU), 373.
- Neurorines (glandes) de l'encéphale (ROUSSY et MOSINGER), 181.
- Névrose (la) traumatique est-elle une névrose de rente ? (MOREAU), 373.
- Nid (reconstruction du) et travail collectif des termites (Pierre-P. GRASSE), 218.

O

- Œstrogènes chez le mâle (H. SIMONNET et M. ROBEX), 245.
- Oligophrénie et thyroépathie endémique (J. EUGSTER), 80.
- Ophthalmoplogies bilatérales, atteintes craniennes, polyradiculonévrites, dissociation albumino-cytologique (Mme Louis BAR, PUISSANT et DEBRÉE), 70.
- Orientation professionnelle. Considérations médicales (L. VIEU), 93.
- professionnelle (Alexandru ROSCA), 376.
- (nécessité de la pré-) professionnelle (Dumitru SALADE), 377.
- Oxy-carbonée (troubles mentaux de l'intoxication) (A. PERETTI), 92.

P

- Paralysie périodique (de HAENE et RADERMECKER), 72.
- Paralysie générale juvénile et infantile. Syndrome initial de paraplégie (R. DUPOUY, J. de AJURIAGUERRA et P. BERNARD), 141.
- après un traitement prophylactique intensif tardif (A. SÉZARY, A. DURUY et HAREAU), 211.
- . Etude numérique de la microglie, de la microglie et de l'oligodendrogliose (F. MOREL et Rami DUMAN), 237.
- sans signes physiques (W. AUBRUN et J. HEWITT), 353.
- Paralysie infantile. Forme polio-pyramidale (J.-A. BARRÉ), 188.
- Paralysies multiples unilatérales des nerfs craniens d'origine zostérienne (van den HOEDEN), 190.
- Paranoïaques (les) dans l'administration (RAMÉE et BARDENAT), 128.

- Paraplégie scoliotique (Henri SCHAEFFER), 234.
- Parinaud (syndrome de) (Jean VOISIN), 57.
- Pédagogie curative et psychiatrie (H. HANSELMANN), 77.
- Pellagre avec troubles mentaux prédominants, sans lésions cutanées (L. ECTORS et J. TITECA), 193.
- Pensée (écho de la). Etude clinique (Charles DURAND), 207.
- Persistance mentale morbide (Maurice HYVERT), 340.
- Phénolsulfonephtaléine (influence des affections hépatiques sur l'élimination de la) (PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, Maurice ROUX et Paul MILLIEZ), 240.
- Physiologie (traité de) normale et pathologique (G.-H. ROGER et L. BINET), 89.
- Pilomotrices (réactions) chez le macaque (ECTORS), 73.
- Pithiatisme chez l'enfant (HEUYER et HURIEZ), 375.
- Polio-encéphalite chronique avec syndrome de Stokes-Adams (M. DUVOIR, G. POUMEAU-DELILLE et VIVIEN), 231.
- Polyradiculo-névrite (syndrome de). Forme aerodynamique avec dissociation albumino-cytologique (Georges GUILLAIN et R. TIFFENEAU), 235.
- Préfrontal (syndrome) pur par atrophie cérébrale localisée (LAIGNEL-LAVASTINE, Hubert MIGNOT et Mlle JOUANNAIS), 333.
- Procréateurs (examen médical obligatoire des) (J. BOISSEAU, J. CIAUDO, A. BOUISSET et Mlle PRESCIAT), 385.
- Profession (monographie psychologique de la) (Nicolas MARGINEANU), 377.
- Professionnelle (sélection) des travailleurs (Fl. ONITUI et N. MARGINEANU), 378.
- Professionnelles (sélection et distribution) dans la grande industrie (N. MARGINEANU), 378.
- Protoneurones (affection) des moteurs et sensitivo-sensoriels (LELONG, J. BERTRAND et J. LEREBoullet), 51.
- Psychiatrie (problèmes communs à la), à l'hygiène et à la prévoyance (A. RÉPOND), 76.
- Psychicité et pathologie lésionnelle (E. GELMA), 210.
- Psychopathes (une famille de) (J. SUTTER), 40.
- Psychoses post-opératoires (Zaki ALI), 210.
- et hormones ovariennes (Paul CARRETTE), 246.

R

- Radial (interruption complète du nerf) ténodèse (ISELIN), 181.
 Ramollissement (le) d'origine veineuse (J. LHERMITTE), 52.
 — préfrontal (KLEYNTJENS), 73.
 — hémorragique préfrontal-anévrysme de la cérébrale antérieure (KLEYNTJENS), 193.
 Raynaud (maladie de) en tant que syndrome végétatif (Auguste MEYER), 228.
 Réflexes ostéo-tendineux (inversion des) (MOLLARET et Mlle GILLOT), 68.
 — (psychologie des) (LOGRE et LAMACHE), 209.
 Répugnance (psychologie collective de la) aux colonies (R. MAUNIER), 223.
 Responsabilité pénale des fonctionnaires et civile des entités administratives (Georges GALLAIS), 203.
 Retards moteurs (L. BERTIN-HUGAULT), 379.
 Rêves (les) d'une aveugle (A. KIELHOLZ), 82.
 Rhumatisme ovarien (Henri VIGNES), 246.
 — gardénalique (Louis RAMOND), 390.

S

- Sakel (cure de). Mécanisme d'action (Paul COSSA), 387.
 Schizoïde (journal d'un) (H. CLAUDE, L. VIDART et Y. LONGUET), 205.
 Schizophrènes guéris par le traitement de choc (M. BLEULER), 86.
 Sciatique. Radiodiagnostic (ALAJOUANINE, THUREL et WELTI), 182.
 — (hypertrophie musculaire et dystrophie osseuse après lésion du) (LHERMITTE et MOUZON), 185.
 Sclérose en plaques. Traitement par la ferriscorbone magnésienne (A. MOREL, F. ARLOING et A. JOSSERAND), 391.
 Sclérose latérale amyotrophique. Traitement par la Vitamine E (Georges GUILLAIN et Jean LEREBOLLET), 391.
 Scléroses diffuses. Histopathologie (Gerhard WEBER), 238.
 Sensations (théorie des) chez Descartes (B. BOURDON), 215.
 Serment (phénoménologie du) (Maxime CHASTAING), 222.

Signe (qu'est-ce qu'un) ? (Charles BALLY), 213.

Société Médico-psychologique. Décès du Dr ROGUES DE FURSAC et Raoul LE ROY, 159.

— — —. Commission des Prix, 161.

— — —. ELECTIONS. Membre titulaire honoraire (M. Roger MIGNOT), 161.
 — Membres titulaires : MM. MENNAU, QUERCY, RONDEPIERRE, 162. — Membres correspondants nationaux : MM. MICHAUX, 162 ; DEVALLET, VIDART, 300 ; COULONJOU, Mlle JACOB, 348.

— — —. Décès du Dr MARTIN-SISTERON, 299.

— — —. Décès du Dr BRETON, 348.

Spélium (tumeur du) (Daniel MAHOUDEAU), 382.

Suicide en Suisse et génétique (BOVEN), 83.

Sulfamidée (thérapeutique) pour deux diplococcies différentes (BÉHAGUE et LUTRINGER), 183.

Syphilis de l'angle ponto-cérébelleux (G. GUILLAIN et AUZÉPY), 371.

Syphilitiques (séro-réactions). Résultats étonnés (A. SÉZARY), 243.

Syringomyélie, gliome et épéndymome intra-médullaire (ALAJOUANINE et THUREL), 51.

T

Tabès chez le vieillard (L. GOIRAN), 200.

Tabétique. Ossification des deux tendons d'Achille (WEISSENBACH et di MATTEO), 235.

Test psychologique de Rorschach (Pierre PICARD), 198.

Testostérone en thérapeutique gynécologique (E. DOUAY), 394.

Thalamo-corticales (connexions) des régions basses de l'écorce cérébrale (Mlle M.-Th. CALLEWAERT et Michel-A. GEREBTZOFF), 382.

Thalamo-striées (connexions). Noyau parafasciculaire et centre médian (Michel-A. GEREBTZOFF), 382.

Thérapeutique (année) (A. RAVINA), 94, 204.

— par dissolution-reconstruction en psychiatrie (P. DELMAS-MARSALET), 386.

Thyroïdectomie (psychose après) (SAIN-TON, WELTI, AJURIAGUERRA), 245.

- Tics. Maladie de Gilles de la Tourette avec autopsie (de WOLF et L. van BOGAERT), 191.
- Torticolis clonique familial (L. van BOGAERT), 191.
- Traumatismes cranio-cérébraux (crises toniques au cours des) (Raymond GARCIN et Jean GUILLAUME), 59.
- Tremblement sénile (André-THOMAS et J. de AJURIAQUERRA), 53.
- Trou déchiré postérieur (syndrome du) (P. van GEUCHTEN et J. DAGNÉLIE), 194.
- Tuberculine (réaction à la) dans les troubles mentaux (Ivan BLOMQUIST), 243.
- (réaction à la) au cours des psychoses primitives (Maurice HYVERT), 362.
- Tuberculose par inoculation (Hans GOOD-DAVOS), 242.
- Tumeur du ventricule avec troubles thermiques (GARCIN et GUILLAUME), 189.
- pariétale. Symptomatologie ponto-cérébelleuse (DESCAMPS), 372.
- Tumeurs cérébrales. Etude clinique des formes mentales (W.-H. CLASSEN), 93.
- (l'aréflexie tendineuse des membres inférieurs au cours des) (G. PRADOURA), 200.
- Aréflexie des membres inférieurs (H. ROGER, J.-E. PAILLAS, M. SCHACHTER et J. BOUDOURESQUES), 232.
- métastatiques (MINKOWSKI, de Zurich), 236.
- , physio-pathologie, clinique et pronostic (Ch. RIBADEAU-DUMAS), 380.

U

- Univers des animaux et univers de l'homme (Henri PIÉRON), 220.
- Urémie (lésions organiques cérébrales au cours de l') (Friedrich HILLER et Eugénie MICHALOVICI), 237.

V

- Vaso-dilatation (crises de) hémicéphalique (PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et J. SERANE), 369.
- Vie citadine (la) favorise-t-elle les troubles mentaux ? (H. BERSOT), 247.
- Vision (mécanisme de la) en lumière intermittente (J. SÉGAL), 215.
- Visuelle (lésions de la sphère). Agnosie géométrique et dyspraxie constructive (J. LHERMITTE et MOUZON), 54.
- Vitamine C ; détection dans le système nerveux (H. OLLIVIER), 201.
- E et application en neurologie (Marcel MONNIER), 391.
- Volonté (problème de la) (H. BARUK), 217.

W

- Werdnig-Hoffmann (maladie de) (André-THOMAS), 233.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- AJURIAGUERRA (J. de). V. *Dupouy*.
 —. V. *Marchand*.
 —. V. *Lhermitte*.
 —. V. *Thomas*.
 —. V. *Sainton*.
 ALAJOUANINE et THUREL. Syringomyélie, gliome et épéndymome intramédullaire, 51.
 —, THUREL et VILLEY. Paralyse du moteur oculaire commun par engagement du lobe temporal, 59.
 —, THUREL et WELTI. Radiodiagnostic de la sciatique, 182.
 —, THUREL et MAFFEI. Œdème cérébro-méningé et papillo-rétinien par hypertension artérielle, 231.
 ARLOING (F.). V. *Morel*.
 ARNAUD (Aimé). La méningite hérédosyphilitique, 93.
 ARNAUD (Marcel). V. *Roger*.
 —, PAILLAS (J.-E.) et GOUJOUX. Réactions de la tige cérébrale au cours des hématomes traumatiques intracranéens, 230.
 ASUAD (J.). V. *Laignel-Lavastine*.
 AUBIN et CAMATTE. Les psychoses mélitococciques, 32.
 AUBRUN (W.) et HEWITT (J.). Paralyse générale sans signes physiques, 353.
 — et HEWITT (J.). Hérédosyphilis nerveuse, 355.
 AUPINEL-TAVERNIER (Mme). V. *Grenet*.
 AUZÉPY. V. *Guillain*.

B

- BALLY (Charles). Qu'est-ce qu'un signe? 213.
 BAR (Mme Louis), PUISSANT et DEBRÉE. Ophtalmoplégies bilatérales, atteintes cranienues ; polyradiculo-névrites ; dissociation albumino-cytologique, 70.
 BARBÉ. *Discussion*, 153, 178, 355, 361.
 BARBU (Zevedei). Causalité des phénomènes psychiques, 213.
 BARDENAT, POROT (Maurice) et LEONARDON. Le test au cardiazol dans l'épilepsie, 97.
 —. V. *Ramée*.
 —. V. *Porot*.
 BARRÉ (J.-A.). Forme polio-pyramidale de la paralysie infantile, 188.
 BARRÉ (Mlle). V. *Heuyer*.
 BARUK (H.). Problème de la volonté, 217.
 BAUDOUIN (A.). Recherches sur l'électro-encéphalographie, 55.
 —. Examen électro-encéphalographique des épileptiques, 241.
 BEAUDOUIN (H.). *Discussion*, 304.
 BÉHAGUE et LUTRINGER. Thérapeutique sulfamidée répétée pour des diploccies différentes, 183.
 —. Affection médullaire et bulbaire avec méningite ; succès du traitement salicylé, 183.
 BÉNARD (René). V. *Mollaret*.
 BENDER (Lauretta) et CURRAN (Frank-J.). Enfants et adolescents qui tuent, 250.

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- BENEDEK (Ladislau) et JUBA (Adolf). Substratum anatomique dans le syndrome de Korsakoff, 236.
- BENIUC (M.). Aspect psychologique de l'instinct, 218.
- BERNARD (P.). V. *Dupouy*.
- BERSOT (H.). Assistance aux anormaux en Suisse, 82, 202.
- La vie citadine favorise-t-elle les troubles mentaux ? 247.
- Personnel infirmier des établissements psychiatriques en Suisse, 248.
- BÉNO. V. *Repond*.
- BERTRAND (I.), GOSSET (J.), LACAPE et GODET-GUILLAIN (Mme). Action du ganglion stellaire sur l'électro-encéphalogramme, 56.
- V. *Guillain*.
- V. *Garcin*.
- V. *Lelong*.
- BERTIN-HUGAULT (L.). Retards moteurs, 379.
- BESSIÈRE (René) et BRISSON (F.). Valeur et résultats de la malariathérapie, 389.
- BINET. V. *Roger*.
- BIRKHAUSER (Hans). Choline-estérase dans le liquide céphalo-rachidien, 240.
- BLAMOUTIER. V. *Pasteur-Vallery-Radot*.
- BLEULER (M.). Schizophrènes guéris par le traitement de choc, 86.
- BLOMQUIST (Ivan). Réaction à la tuberculine dans les troubles mentaux, 243.
- BOGAERT (L. van). V. *Wulf*.
- Torticollis clonique familial, 191.
- BOISSEAU (J.), CLAUDE (J.), BOUISSET (A.) et PRESCHIAT (Mlle). Examen médical obligatoire des procréateurs, 385.
- BONDIL (J.-N.). Encéphalites pseudo-tumorales, 199.
- BONHOMME. *Discussion*, 310.
- BONNARD (Mlle Yvonne). V. *Laignel-Lavastine*.
- BOUCHET (Anne-Marie). L'assistante sociale devant l'enfance malheureuse et coupable, 384.
- BOUNOURESQUES (J.). V. *Roger*.
- BOUISSET (A.). V. *Boisseau*.
- BOURDON (B.). La théorie des sensations chez Descartes, 215.
- BOURGUIGNON (G.). Anastomose hypoglosso-faciale pour section du facial, 185.
- BOUVET. V. *Laignel-Lavastine*.
- BOVEN. Suicide en Suisse. Suicide et génétique, 83.
- BRELET (Gisèle). La musique, architecture temporelle, 224.
- BRIAU et PORTIER (Claude). Incendie volontaire par un alcoolique chronique, 300.
- BRISSON (F.). V. *Laignel-Lavastine*.
- V. *Bessière*.
- BRISSOT. *Discussion*, 305, 361.
- BRODIN. L'hormone mâle synthétique dans les troubles psychiques de l'hyperfolliculinémie, 394.
- BROUSSEAU (A.), CASALIS (S.) et LAUBRY (Pierre). Guérison rapide par l'électro-choc d'une mélancolie de 69 ans, 467.
- BRUEL (Léon) et LECOQ (Raoul). Alcoolisme chronique, 242.
- BRUN (Gudrun). Lipides du sérum dans la psychose maniaque-dépressive, 201.
- BUSSIÈRE de ROBERT (Mme). V. *Lhermitte*.

C

- CALLEWAERT (Mlle M.-Th.) et GERETZOFF (Michel-A.). Connexions thalamo-corticales des régions basses de l'écorce cérébrale, 382.
- CAMATTE. V. *Aubin*.
- CARRETTE (Paul). Psychoses et hormones ovariennes, 246.
- *Discussion*, 361.
- CARROT et DAVID. La douleur dans les hernies discales, 187.
- CASALIS (S.). V. *Brousseau*.
- *Discussion*, 309.
- CASSAN (L.). V. *Daumézou*.
- CEILLIER. *Discussion*, 178.
- CÉNAC. *Discussion*, 314.
- CHALOPIN (H.). V. *Giroud*.
- CHASTAING (Maxime). Phénoménologie du serment, 222.
- CHAUGHARD (P.). L'hypoglycémie insulinique ; effets sur les centres nerveux, 52.
- et MAZOUÉ (Mme). Variations d'excitabilité nerveuse chez le rat carencé en aneurine, 241.
- CHAVANY (J.-A.). Myasthénie dite bulbo-spinale, 233.
- Algies rachidiennes et décalcification, 235.
- CLAUDE (J.). V. *Boisseau*.
- CLASSEN (W.-H.). Etude clinique des formes mentales des tumeurs cérébrales, 93.
- CLAUDE (H.), VIDART (L.) et LONGUET (Y.). Journal d'un schizoïde, 205.

- , Modifications du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les états mentaux, 240.
- COBB (Stanley). Procédés psychiatriques dans le traitement de l'épilepsie, 389.
- CONY (P.). Le profil psychologique et psychiatrique de la mélancolie, 91.
- CORNIL. V. *Roger*.
- et SCHACHTER (M.). Querelle de l'anorexie mentale, 374.
- COSSA (Paul). Mécanisme d'action de la cure de Sakel, 387.
- , Traitement du coma barbiturique par la strychnine, 390.
- CROWLEY (Ralph-M.). Psychoses avec myxœdème, 244.
- CUPCEA (S.-P.). Constitution morphologique des malades mentaux, 207.
- CURRAN (Frank-J.). V. *Bender*.

D

- DAGNÉLIE (J.). Acromégalie, 194.
- , V. *Gehuchten*.
- DALMAS. V. *Roger*.
- DAUMÉZON (G.) et CASSAN (L.). Mode hallucinatoire particulier d'un déliant chronique, 366.
- DAVIN (M.), VOISIN (J.) et TOURNEVILLE (Mlle). Méningite séreuse aiguë. Amaurose et récupération visuelle après trépanation, 57.
- et HEGAEN (H.). Indications opératoires dans l'hémorragie cérébrale non traumatique, 184.
- , V. *Carrot*.
- , V. *Kourilsky*.
- DEBRÉE. V. *Bar*.
- DELAY (J.). V. *Laignel-Lavastine*.
- , V. *Lemierre*.
- DELCOURT (R.). Histologie de l'épilepsie, 192.
- , Ectopies musculaires nerveuses, 372.
- DELMAS (Ach.). *Discussion*, 148, 153, 167, 178, 325.
- DELMAS-MARSALET (P.). Hernie méniscale, 69.
- , Atrophies musculaires d'origine pariétale, 69.
- , LAFON et FAURE. Traitement du délirium tremens par le sulfate de magnésic intraveineux en solution hypertonique, 184.
- , La thérapeutique par dissolution-reconstruction en psychiatrie, 386.

- DELTHIL. V. *Lhermitte*.
- DEMAT. *Discussion*, 171, 305.
- , V. *Marchand*.
- DESCAMP. Causalgie de guerre, 70.
- , Symptomatologie ponto-cérébelleuse d'une tumeur pariétale, 372.
- DESHAIES (Gabriel). L'alcoolisme héréditaire, 375.
- DEVIC (A.), JEUNE (M.) et DUVERNE (J.). Myopathie bascdowienne, 245.
- DIVRY (P.). Le phénomène de l'enrobage amyloïde dans la dégénérescence fibrillaire dite d'Alzheimer, 239.
- DOUAI (E.). La testostérone en thérapeutique gynécologique, 394.
- DUBLINÉAU (J.). *Discussion*, 153, 361.
- et FOLLIN (S.). Bourreau domestique. Interactions conjugales, 326.
- , Aspects psychologiques de la captivité, 349.
- DUBOIS. V. *Lhermitte*.
- DUMAN (Rami). V. *Morel*.
- DUPOUY (R.), AJURIAGUERRA (J. de) et BERNARD (P.). Syndrome initial de paralysie dans la paralysie générale juvénile et infantile, 144.
- , V. *Marchand*.
- DUPRAZ (Mlle Louise). V. *Repond*.
- DURANN (Charles). Etude clinique de l'écho de la pensée, 207.
- DURUY (A.). V. *Sézary*.
- DUVERNE (J.). V. *Devic*.
- DUVOIR (M.), POUMEAU-DELILLE (G.) et VIVIEN. Polio-encéphalite chronique avec syndrome de Stokes-Adams, 231.

E

- ECTORS (L.). Les réactions pilomotrices chez le macaque, 73.
- et TITEGA (J.). Pellagre avec troubles mentaux prédominants sans lésions eutanées, 193.
- , Syndrome des kystes colloïdes du 3^e ventricule, 193.
- EUGSTER (J.). Oligophrénie et thyroïdopathie endémique, 80.

F

- FAURE. V. *Delmas-Marsalet*.
- FELN. V. *Heuyer*.
- FIORENTI (H.). Troubles endocrino-sympathiques dans la démence précoce, 91.

FISCHER (J.-A.). V. *Massio-Fournier*.
 FLAMANO et MARTIN. Lésions vasculaires et lésions des nerfs périphériques, 71.
 FOLLIN (Sven). Epilepsies et psychoses discordantes, 198.
 —. V. *Dublineau*.
 FOUQUET (P.). V. *Guiraud*.

G

GALEY, V. *Kourilsky*.
 GALLAIS (Georges). Responsabilité pénale des fonctionnaires et civile des entités administratives, 203.
 GARBIES (R.). Enurésie infantile, 93.
 GARCIN (R.), PETIT-DUTAILLIS et BERTRAND (I.). Mélanoblastome primitif de la queue de cheval, 53.
 — et GUILLAUME (Jean). Crises toniques au cours des traumatismes cérébraux, 59.
 — et GUILLAUME. Tumeur du ventricule avec troubles thermiques, 189.
 GAYRAL, V. *Lhermitte*.
 GEHUCHTEN (P. van) et DAGNÉLIE (J.). Syndrome du trou déchiré postérieur, 194.
 GELMA (E.). Psychicité et pathologie lésionnelle, 210.
 GEREBTZOFF (Michel-A.). Fornix, corne d'Ammon et épiphyse, 192.
 —. V. *Callewaert*.
 —. Connexions thalamo-striées, 382.
 —. Projection corticale du labyrinthe. La voie vestibulo-cérébrale, 383.
 GILLOT (Mlle). V. *Mollaret*.
 GINÉSY (P.-L.). Etiologie et pathogénie de la psycho-polynévrite de Korsakoff, 92.
 GIROIRE. Hyperostose frontale interne, 67.
 GIROUD (A.), RATSIMAMANGA (R.) et CHALOPIN (H.). L'hormone cortico-surrénale dans l'organisme, 246.
 GODET-GUILLAIN (Mme). V. *Guillain*.
 —. V. *Bertrand*.
 GOIFFON (R.). Psychologie du goût. Introduction à la diététique, 395.
 GOIRAN (L.). Le tabès chez le vieillard, 200.
 GOLDSTEIN (H.) et McFARLAND (R.). Biochimie de l'épilepsie, 242.
 GOOD-DAVOS (Hans). Tuberculose par inoculation, 242.
 GOSSET, V. *Bertrand*.
 GOUDOUX, V. *Arnaud*.

GRASSÉ (Pierre-P.). Reconstruction du nid et travail collectif des termites, 218.
 GRAVEJAL (Mlle). V. *Laignel-Lavastine*.
 GRENET (H.), MILHIT (J.) et AUPINEL-TAVERNIER (Mlle). Méningite cérébro-spinale du nourrisson, 232.
 GROSSIORD, V. *Guillain*.
 —. V. *Lereboullet*.
 GRUNER (Jean-E.). V. *Guillain*.
 GUILLAIN (Georges), BERTRAND (Ivan) et GRUNER (Jean-E.). Hypertension artérielle à forme pseudo-tumorale, 59.
 —, BERTRAND (I.) et GODET-GUILLAIN (Mme). Etude anatomo-clinique d'un cas d'hérédato-ataxie cérébelleuse, 186.
 —, BERTRAND (I.) et GODET-GUILLAIN (Jacqueline). Atrophie cérébelleuse et olivaire avec atrophie du cortex cérébral, 232.
 — et TIFFENEAU (R.). Forme aerodynamique du syndrome de polyradiculonévrite avec dissociation albuminocytologique, 235.
 —, GROSSIORD et ROUZAUD. Hémiatrophie faciale coexistant avec une neurofibromatose cutanée diffuse, 371.
 — et AUZÉPY. Syphilis de l'angle ponto-cérébelleux, 371.
 — et LEREBOULLET (Jean). Traitement de la sclérose latérale amyotrophique par la vitamine E, 391.
 GUILLAUME (J.). Hydrocéphalie avec manifestations cérébelleuses secondaires, 52.
 —. V. *Lhermitte*.
 —. V. *Garcin*.
 —. Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie aiguë, 181.
 —. V. *Huguenin*.
 GUIRAUD. Discussion, 171, 177, 310, 314, 361.
 —, SOURIAU (P.) et FOUQUET (P.). Aphasie, insistance loquace monoprosexique, 343.

H

HAENE (de) et RADERMECKER. Paralyse périodique, 72.
 HANSELMANN (H.). Pédagogie curative et psychiatrie, 77.
 HECAEN (H.). V. *David*.
 HÉGER-GILBERT (F.). Enseignement de la médecine sociale, 251.

HEUYER et FELD. Amyotrophie sclérotisante généralisée progressive, 187.
—, BARRÉ (Mlle) et SAUGUET (M.). Délire radiophonique, 345.

— et SAUGUET. Etat dementiel de type presbyophrénique avec syndrome d'automatisme mental, 349.

— et SAUGUET. Auto-accusation criminelle chez un débile, 323.

—, HURIEZ et FELD. Amyotrophie du type Charcot-Marie, 369.

— et HURIEZ. Le pithiatisme chez l'enfant, 375.

—, *Discussion*, 329, 333.

HEWITT (J.). V. *Aubrun*.

HULLER (Friedrich) et MICHALOVICI (Eugénie). Lésions organiques cérébrales au cours de l'urémie, 237.

HOEDEN (van der). Paralysies multiples unilatérales des nerfs crâniens d'origine zostérienne, 190.

HOREAU. V. *Sézary*.

HOWET. V. *Martin*.

HUGUENIN et GUILLAUME. Tumeur envahissante de l'hypophyse. Radiothérapie post-opératoire, 372.

HURIEZ. V. *Heuyer*.

HYVERT (Maurice). *Discussion*, 171.

—, Traitement de l'encéphalite psychosique azotémique par les injections de sérum glucosé, 172.

—, Persistance mentale morbide, 340.

—, Réactions à la tuberculine au cours des psychoses primitives, 362.

—, Rôle fonctionnel de la thérapeutique convulsivante par le cardiazol, 387.

I

ISELIN. Interruption complète du nerf radial ; ténodèse, 181.

J

JACQUEMOTTE et MOREAU (Mareel). Anesthésie de l'hémiface gauche avec kératite. *Idem* à droite 23 ans après, 195.

JARRIGE (Mlle). V. *Quiserne*.

JEUNE (M.). V. *Devic*.

JOLIN (A.). Traitement des encéphalites psychosiques azotémiques, 203.

JOSSERAND (A.). V. *Morel*.

JOUANNAIS (Mlle S.). V. *Laignel-Lavastine*.

JUBA (Adolf). V. *Benedek*.

K

KIELHOLZ (A.). Les rêves d'une aveugle, 82.

KIPFER. V. *Thiébaud*.

KISSEL (Pierre). V. *Perrin*.

KLEIJNTJENS. Ramollissement préfrontal, 73.

—, Ramollissement hémorragique préfrontal ; anévrysme de la cérébrale postérieure, 193.

KOLLER (A.). Enquêtes sur les anormaux dans le canton d'Affenzell, 78.

KOURILSKY, DAVID (M.), SICARD (J.) et GALEY. Diabète insipide post-traumatique, 371.

L

LACAPE. V. *Bertrand*.

LACHAUD (de). V. *Quercy*.

LACOSTE (R.). Ménégo-encéphalite hémorragique, 199.

LACROIX (C.). Complications des traumatismes de la moelle, 200.

LAERE (van). Encéphalo-myélite malariques, 74.

—, Hernie postérieure du ménisque intervertébral lombaire et sciatique haute, 74.

LAFON. V. *Delmas-Marsalet*.

LAIGNEL-LAVASTINE. *Discussion*, 148, 171, 355.

—, DELAY (J.), MAURICE (H.) et GRAVEJAL (Mlle). Crises convulsives hystériques chez une cardiaque améliorées par opothérapie complémentaire, 148.

—, BOUVET, GRAVEJAL (Mlle) et PERRIN. Catatonie schizophrénique avec méningite séreuse de la convexité. Intervention, 154.

—, NEVEU (Paul) et BRISSON (F.). Masochiste obsédé, habitudes sadiques du conjoint et érotomanie de compensation, 163.

—, BONNARD (Mlle Yvonne), BOUVET (M.) et ASUAD (J.). Glutathionémie dans le choc insulinaire, 240.

—, NEVEU (Paul) et JOUANNAIS (Mlle S.). Syndrome passionnel de jalousie, 329.

—, MIGNOT (Hubert) et JOUANNAIS (Mlle S.). Syndrome préfrontal pur par atrophie cérébrale localisée, 333.

LAMACHE. V. *Logre*.

- LANGE (Cornelius de). Cébocéphalie mineure — les Cyclopes, 239.
 LAPPE (M.) et RONDEPIERRE (J.). L'électro-choc en psychiatrie, 388.
 LAUBRY (Pierre). V. Brousseau.
 LE BEAU. V. Mollaret.
 LECLERC (Henri). L'herbe au chagrin, 393.
 —. L'asaret, succédané indigène de l'ipécacuanha, 393.
 LECOQ (Raoul). V. Bruel.
 —. Action du gluconate de calcium intraveineux sur la réserve alcaline et la calcémie, 392.
 —. Action comparée des injections intraveineuses d'alcool glucosé et de gluconate de calcium sur le redressement de la réserve alcaline, 392.
 LEEUWEN (Mme André van). Le signe d'Argyll-Robertson en dehors de la syphilis, 195.
 LE FLOCH. Le syndrome d'Adie, 200.
 LELONG (Marcel), BERTRAND (Ivan) et LEREBoullet (J.). Affection des pontocurones moteurs et sensitivo-sensoriels, 51.
 —, BERTRAND (Ivan) et LEREBoullet (Jean). Affection dégénérative type hérédito-ataxie cérébelleuse avec atteinte du neurone moteur périphérique, 58.
 LEMIERRE (A.), DELAY (J.) et TARDIEU (G.). Azotémie et troubles psychiques. L'encéphalose azotémique, 208;
 —. Les azotémies extra-rénales, 209.
 LEONARDON. V. Porot.
 —. V. Bardenat.
 LEREBoullet (Jean). V. Lelong.
 —. V. Guillaïn.
 —. V. Mollaret.
 LERICHE (René). Vie végétative des nerfs périphériques d'après l'observation chirurgicale, 229.
 LEROY (A.). Cataplexie et sulfamido-thérapie, 190.
 LHERMITTE (Jean), PEROZ (A.) et AJURIAGUERRA (J. de). Syndrome vestibulaire central par polio-encéphalite supérieure hémorragique, 52.
 —. Le ramollissement d'origine veineuse, 52.
 — et MOUZON. L'agnosie et la dyspraxie dans les lésions de la sphère visuelle, 54.
 —, DELTHIL et GUILLAUME. Traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale, 54.
 —, RIBADEAU-DUMAS et SIGWALD (J.). Syndrome cérébelleux avec myoclonies, 58.
 —. L'image corporelle, 63.
 — et GUILLAUME. Traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale, 68.
 —. Syndrome cataplectique avec altérations paroxystiques de la personnalité, 182.
 — et MOUZON. Hypertrophie musculaire et dystrophie osseuse après lésion du sciatique, 185.
 — et DUBOIS. Crises d'hypersomnie prolongée rythmée par les règles, 185.
 — et BUSSIÈRE de ROBERT. Myélomalacie et cancers viscéraux, 186.
 —, GUILLAUME et AJURIAGUERRA (J. de). Le foyer épileptogène et son excrèse dans l'épilepsie, 188.
 — et MOUZON. Hydrocéphalie de l'adulte à forme paraplégique et à poussées successives, 189.
 —, RISER et GAYRAL. Membre fantôme consécutif à un tuberculome cérébral, 370.
 — et SIGWALD. Membres fantômes dans des sections totales de la moelle dorsale, 370.
 — et BUSSIÈRE de ROBERT (Mme). Hyperpathie et modifications des réflexes consécutives à la myélite zosterienne, 370.
 — et MOUZON (J.). Apractognosie géométrique et apraxie constructive consécutives aux lésions du lobe occipital, 379.
 —. Syndromes consécutifs aux lésions du lobe occipital, 380.
 LITTMANN (Joseph). Expertises neuropsychiatriques dans l'armée, 249.
 LOGRE et LAMACHE. La psychologie des réflexes, 209.
 LONGUET (Y.). V. Claude.
 LUTRINGER. V. Béhaque.
 LUTZ (Jacob). Enfants examinés et méthodes appliquées dans un pavillon d'observation médico-pédagogique, 80.

M

- MAFFEI (W.-E.). V. Alajouanine.
 MAGE et MARTIN. Traumatismes des nerfs périphériques, 71.
 MAHOUDEAU (Daniel). Tumeur du splénum, 382.
 —. Traitement de la maladie d'Addison, 395.
 MARCHAND (L.). Discussion, 153, 158, 177, 319, 322, 347, 361.
 — et AJURIAGUERRA (J. de). Epilepsie réflexe ; rôle de la surprise, 145.

- , Convulsions infantiles et épilepsie, 226.
- et AJURIAGUERRA (J. de). Epilepsie narcoleptique, 227.
- , DEMAY (G.) et NAUDASCHER (J.). Démence sénile, précoce et dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer, 338.
- et DUPOUY (R.). Perforation crânienne par les granulations de Pacchioni chez un alcoolique chronique, 344.
- MARGINEANU (Nicolae). Monographie psychologique de la profession, 377.
- , Sélection professionnelle dans la grande industrie, 378.
- , Distribution professionnelle dans la grande industrie, 378.
- , V. *Onitiu*.
- MARTIN. V. *Mage*.
- et HOWET. Chirurgie des plaies des nerfs, 71.
- , V. *Flamand*.
- MASSON-OURSSEL (Paul). Imagination, idéation, 216.
- MATTEO (di). V. *Weissenbach*.
- MAUNIER (R.). Psychologie collective de la répugnance aux colonies, 223.
- MAURICE (H.). V. *Laignel-Lavastine*.
- MAY (Etienne). Juvénilisme facial, 245.
- MAZOUÉ (Mme). V. *Chauchard*.
- MC FARLAND. V. *Goldstein*.
- MESSIMY. V. *Petit-Dutaillis*.
- MEYER (Auguste). La maladie de Raynaud en tant que syndrome végétatif, 228.
- MICHALOVICI (Eugénie). V. *Hiller*.
- MIGNOT (Hubert). V. *Laignel-Lavastine*.
- MILHOT (J.). V. *Grenet*.
- MILLIEZ (Paul). V. *Pasteur-Vallery-Radot*.
- MINKOWSKI (de Zurich). Tumeurs cérébrales métastatiques, 236.
- MOLLARET (P.), BÉNARD (René) et PLUVINAGE (R.). Déficits optiques associés par ramollissement de l'artère cérébrale postérieure, 57.
- et MOLLARET (Mme) et LE BEAU. Autonomie de l'hyperostose frontale interne, 68.
- et GILLOT (Mlle). Inversion des réflexes ostéo-tendineux, 68.
- , LEREBoullet (J.), GROSSIORD (A.) et ROUSAUD (M.). Dangers du traitement de la myasthénie par la cortine de synthèse, 395.
- MONNIER (Marcel). La vitamine E et ses applications en neurologie, 391.
- MONTMOLLIN (R. de). Hyperostose frontale interne familiale, 230.
- MOREAU (Marcel). V. *Jacquemotte*.
- , Neurasthénie des employés, 373.
- , La névrose traumatique est-elle une névrose de rente ? 373.
- MOREL (A.), ARLOING (F.) et JOSSE RAND (A.). Traitement de la sclérose en plaques par la ferriscorbone magnésienne, 391.
- MOREL (Ferdinand). L'hallucination est-elle accessible à notre connaissance ? 206.
- et DUMAN (Rami). Etude numérique de la macroglie, de la microglie et de l'oligodendrogliose dans la paralysie générale, 237.
- MOSINGER. V. *Roussy*.
- MOURGUE (R.). L'image de notre corps d'après Lhermitte, 206.
- MOUZON. V. *Lhermitte*.
- MULLER (Mlle Lydia). V. *Repond*.
- MUSSIO-FOURNIER (J.), RAWAK (F.) et FISCHER (J.-T.). Apraxie idéomotrice, 225.
- MYERS (Charles-J.). Le choc par déflagration en France de 1914 à 1918, 90.

N

- NAUDASCHER (J.). V. *Marchand*.
- NEVEU (Paul). V. *Laignel-Lavastine*.
- NOGUÉ (Jean). Le système de l'actualité, 214.

O

- ODEGARD (Armud). Assistance psychiatrique extra-hospitalière en Norvège, 385.
- OFFRET. V. *Thiébaud*.
- OLLIVIER (H.). Détection de la Vitamine C dans le système nerveux, 201.
- ONACEA-URSU (Gh.). Héritéité et émotivité chez les jumeaux, 214.
- ONITIU (Fl.) et MARGINEANU (N.). Sélection professionnelle des travailleurs, 378.

P

- PAGNIEZ (Ph.) et PLICHET (A.). Etiologie de l'épilepsie, 226.
- PAILLAS (J.-E.). V. *Arnaud*.
- , V. *Roger*.
- PASTEUR-VALLERY-RADOT et BLAMOU-TIER. Asthme et épilepsie, 185.

- , ROUX (Maurice) et MILLIEZ (Paul). Influence des affections hépatiques sur l'élimination de la phénolsulfonephthaléine, 240.
- et SERANE (J.). Crises de vaso-dilatation hémicéphalique, 369.
- PERETTI (A.). Troubles mentaux de l'intoxication oxy-carbonée, 92.
- PEROZ. V. *Lhermitte*.
- PERRIN (Maurice). V. *Laignel-Lavastine*.
- , KISSEL (Pierre) et PIERQUIN (Louis). Intoxication benzolique chronique, 248.
- PETIT-DUTAILLIS. V. *Garcin*.
- , MESSIMY, RIBADEAU-DUMAS et TORRE. Endocraniose diffuse avec hyperostose frontale interne, 180.
- et MESSIMY. Tumeur de la corne d'Ammon avec hyposmie, 183.
- , MESSIMY, RIBADEAU-DUMAS (Ch.) et XAMBEU. Endocraniose diffuse avec hyperostose frontale interne; guérison de troubles psychiques après trépanation frontale, 187.
- PICARD (Pierre). Test psychologique de Rorschach, 198.
- PIÉRON (Henri). Univers des animaux et univers de l'homme, 220.
- PIERQUIN (Louis). V. *Perrin*.
- PLICHET (A.). Renseignements fournis par l'électro-encéphalographie dans l'épilepsie, 58.
- , V. *Pagniez*.
- PLUVINAGE (R.). V. *Mollaret*.
- PORIN. V. *Puech*.
- POROT (A.). Le cannabis, 1.
- , BARDENAT (Ch.) et LEONARDON. L'encéphalite aiguë méltococcique, 25.
- POROT (Maurice). V. *Bardenat*.
- , Posologie du cardiazol, 122.
- POTTIER (Claude). V. *Briau*.
- POUMEAU-DELILLE (G.). V. *Duvoir*.
- PRADOURA (G.). L'aréflexie tendineuse des membres inférieurs au cours des tumeurs cérébrales, 200.
- PRESCIAT (Mlle). V. *Boisseau*.
- PROVOST. V. *Thiébaud*.
- PRZYLUKI (Jean). Langage, langue et parole, 220.
- PUECH et PORIN. Traitement neuro-chirurgical de l'épilepsie, 180.
- PUISSANT. V. *Bar*.

Q

QUERCY, LACHAUD (de) et SITTLER. Réglon épiphysaire chez l'homme, 383.

QUISERNE et JARRIGE (Mlle). Le magnésium fixateur de calcium et du phosphore, 393.

R

- RADERMECKER. V. *Haene*.
- RAMÉE et BARDENAT. Les paranoïaques dans l'administration, 128.
- RAMOND (Louis). Rhumatisme gardénalique, 390.
- RANQUE (J.-M.). Rôle du trauma obstétrical dans les encéphalites infantiles, 199.
- RATSIMAMANGA (R.). V. *Giroud*.
- RAVINA (A.). L'année thérapeutique, 94.
- RAWAK (F.). V. *Mussio-Fournier*.
- REITER (Paul-J.). Martin Luther; milieu, caractère et psychose, 197.
- REPOND (A.). Problèmes communs à la psychiatrie, à l'hygiène et la prévoyance, 76.
- , BÉNO (N.), DUPRAZ (Mlle Louise) et MULLER (Lydia). Le service médico-pédagogique et le service social valaisan, 83.
- REY (André). Rétention de trois habitudes différentes après lésions du cortex cérébral chez le rat, 219.
- REYMAECKER (de). Impression de basilaire et assimilation de l'atlas, 72.
- RIBADEAU-DUMAS. V. *Lhermitte*.
- , V. *Petit-Dutailis*.
- , Physio-pathologie, clinique et pronostic des tumeurs cérébrales, 380.
- RISER. V. *Lhermitte*.
- RIST (E.). Morale professionnelle du médecin, 196.
- RIVOIRE (R.). La galactosémie provoquée, test de l'hyperthyroïdie, 244.
- ROBEY (M.). V. *Simonnet*.
- ROGER (G.-H.) et BINET (Léon). Traité de physiologie normale et pathologique, 89.
- ROGER (Henri), ARNAUD, PAILLAS et DALMAS. Cholestéatome du cervelet, 69.
- , CORNIL et PAILLAS. Méningomyélites nécrotiques aiguës après sulfapyridinothérapie rachidienne, 69.
- , PAILLAS (J.-E.), SCHACHTER (M.) et BOUDOURESQUES (J.). Aréflexie tendineuse des membres inférieurs dans les tumeurs cérébrales, 232.
- , Physio-pathologie de l'épilepsie, 257.
- RONDEPIERRE. *Discussion*, 304, 309.
- , V. *Lapipe*.

ROOSEN (Rudolf). Le problème de la mémoire, 216.

ROSCA (Alexandru). L'orientation professionnelle, 376.

ROUQUÈS (Lucien). Complications nerveuses des leucémies, 65.

ROUSSY et MOSINGER. Glandes neuriniennes de l'encéphale, 181.

ROUX (Maurice). *V. Pasteur-Vallery-Radot.*

ROUZAUD. *V. Guillaïn.*

— *V. Mollaret.*

S

SAINTON, WELTI et AJURIAGUERRA. Psychose après thyroïdectomie, 245.

SALADE (Dumitru). Nécessité de la préorientation professionnelle, 377.

SALLE et SUTTER. Délire « aiguë » méliococcique, 29.

SAUGUET. *V. Heuyer.*

SCHACHTER (M.). *V. Roger.*

— *V. Cornil.*

SCHAEFFER (Henri). Hémiplegie spinale et staphylococcémie, 234.

— Paraplégie scoliotique, 234.

SCHUWER (Camille). Notion psychologique du hasard, 224.

SÉGAL (J.). Mécanisme de la vision en lumière intermittente, 215.

SERANE (J.). *V. Pasteur-Vallery-Radot.*

SÉZARY (A.), DURUY (A.) et HOREAU. Paralyse générale après un traitement prophylactique intensif tardif, 211.

— Résultats erronés des séro-réactions syphilitiques, 243.

SICARD (J.). *V. Kourilsky.*

SIGWALD. *V. Lhermitte.*

SIMONNET (H.) et ROBEY (M.). Les œstrogènes chez le mâle, 245.

SITTLER. *V. Querey.*

SIVADON (P.). Epidémie de troubles caractériels type hérébérique, 211.

SOURIAC (P.). *V. Guiraud.*

STECK (H.). Dangers des démonstrations publiques d'hypnotisme et de suggestion, 85.

STOFFELS (J.). Réaction dite de colère chez les nouveau-nés, 221.

STURM (Marthe). Le langage secret chez les enfants, 221.

SUTTER (J.). Une famille de psychopathes, 40.

— *V. Salle.*

T

TARDIEU (G.). *V. Lemierre.*

TERASSIER (A.-H.). Complications nerveuses de la coqueluche, 199.

THÉVENARD (A.). Acropathie ulcéromutilante familiale, 186.

THIÉBAUT (F.), PROVOST (Ch.) et KIPFER. Amyotrophie, ophtalmoplégie, troubles de la phonation et de la déglutition, 56.

— et OFFRET (G.). Dégénérescence rétinienne et dégénérescence cérébrale associée, 56.

— *V. Vincent.*

THOMAS (André-) et AJURIAGUERRA (J. de). Tremblement sénile, 53.

— Equilibre et équilibration, 88.

— L'image de notre corps, 60.

— Maladie de Werdnig-Hoffmann, 233.

THUREL (R.). *V. Alajouanine.*

— Blessures cranio-cérébrales par projectiles, 203.

— Le trou de Luschka, 235.

TIFFENEAU (R.). *V. Guillaïn.*

TISON. Electro-choc dans les affections mentales, 305.

TITECA (J.). *V. Ectors.*

TORRE. *V. Petit-Dutaillis.*

TOURNAINE. Les mélanoblastoses neurocutanées, 54.

TOURNEVILLE (Mlle). *V. David.*

TOYE. Nouveaux traitements de la démence précoce, 386.

V

VARAY (André). Les sels biliaires en thérapeutique, 394.

VIALLE (Louis). Le désir de désirer, 211.

VIDARD (L.). *V. Claude.*

VIÉ (Jacques). Chômage et psychopathies, 273.

— Chocs thérapeutiques anciens et modernes en psychiatrie, 385.

VIEU (L.). Considérations médicales sur l'orientation professionnelle, 93.

VIGNES (Henri). Rhumatisme ovarien, 246.

VILLEY. *V. Alajouanine.*

VINCENT (Clovis). Hémorragies méningées non traumatiques, 230.

— et THIÉBAUT (Fr.). Diagnostic des craniopharyngiomes, 381.

VIVIEN. V. *Duvoir*.

VOISIN (J.). Syndrome de Parinaud, 57.

—, V. *David*.

W

WALTHARD (K.-M.). Attitude psychique chez les déficients physiques, 81.

WEBER (Gerhard). Histopathologie des scléroses diffuses, 238.

WEISSENBAH et MATTEO (di). Ossification des deux tendons d'Achille chez un tabétique, 235.

WELTI. V. *Alajouanine*.

—, V. *Sainton*.

WIGERT (Viktor). Assistance psychiatrique extra-hospitalière en Suède, 249.

WILDER (Joseph). Psychologie criminelle et états hypoglycémiques, 250.

WULF (de) et BOGAERT (L. van). Maladie de Gilles de la Tourette (tics) avec autopsie, 191.

X

XAMBEU. V. *Petit-Dutaillis*.

Z

ZAKI ALI. Psychoses post-opératoires, 210.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE CANNABISME

(*Haschich - Kif - Chira - Marihuana*)

PAR

A. POROT (d'Alger)

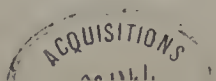
I. Données historiques, géographiques et pharmacodynamiques.

LE CHANVRE INDIEN ET SON HISTOIRE

On désigne aujourd'hui sous le nom de *cannabisme* l'intoxication par les produits dérivés du chanvre. Cette appellation s'est substituée officiellement à celle longtemps usitée de *haschichisme* (1).

Le *chanvre* (*Cannabis sativa*) est une plante dioïque, de la famille des urticacées, tribu des cannabinéées, originaire de l'Asie Centrale d'où elle s'est propagée dans les autres pays.

(1) Les expressions de *cannabis*, de *cannabisme* doivent remplacer celles de *haschich*, de *haschichisme* dans l'histoire des Toxiomanies. C'est sous ce vocable que l'étude de cette intoxication a été inscrite officiellement à la Société des Nations (Commission de l'opium et autres drogues nuisibles). Le *haschich* n'est en effet que le nom régional d'une des substances extraites du chanvre (*cannabis*) et ne correspond qu'à une des modalités de l'intoxication.



Il n'existe qu'une seule espèce de chanvre ; mais les caractères morphologiques de cette plante se modifient très facilement et rapidement sous l'influence des variations de climat et d'altitude et en ont fait distinguer d'assez nombreuses variétés.

En Europe, c'est une plante de haute tige, susceptible d'atteindre deux mètres, cultivée surtout en vue de ses fibres textiles et aussi de ses graines oléagineuses (chênevis).

Mais dans certaines régions (hauts plateaux asiatiques, Hindoustan, Perse, Grèce, Afrique du Nord), la plante — en réaction à la sécheresse et au climat — est moins vigoureuse, de plus petite taille et de moindre valeur textile. Autour des sommités fleuries de la plante femelle est sécrétée une *résine* (moyen de protection) douée de propriétés physiologiques actives. Cette variété adaptative a reçu le nom de *cannabis indica*.

Il y a fort longtemps — dès la plus haute antiquité — qu'on a remarqué que cette résine, ingérée ou fumée, avait la propriété d'engendrer une ivresse particulière.

Chantée par les Védas, les prêtres de l'Inde en faisaient des breuvages secrets destinés à exalter des théories de jeunes filles dans les cérémonies religieuses et à impressionner les fidèles.

La légende veut aussi que « le Vieux de la Montagne » en usât sur ses séides pour les domestiquer à ses fins souvent sanguinaires, d'où serait venu pour certains auteurs le nom d'*assasins* (*haschichins*).

Connue d'Hérodote, de Pline, on en trouve aussi mention dans certains ouvrages sanscrits.

Son emploi, longtemps tenu secret par les prêtres, se répandit dans le vulgaire, diffusa de l'Inde d'abord dans le Proche-Orient (Perse, Asie Mineure, Egypte). Les invasions arabes l'ont probablement introduit en Afrique du Nord et fait connaître à l'Espagne.

Plusieurs contes des « Mille et une Nuits » et de nombreuses allusions au hachich dans ce recueil, établissent qu'au ^x^e siècle, on en connaissait les principaux effets.

Tous ces peuples apprirent simultanément à l'ingérer et à le fumer.

Quelques explorateurs ou botanistes du ^{xvii}^e et du ^{xviii}^e siècles esquissent la description de la plante et de ses effets. La campagne de Bonaparte en Egypte permet à Silvestre de Saey, Rouyer, Desgenettes de l'étudier sur place, tandis que Virey et Lamark en étudient des échantillons rapportés d'Orient.

C'est en 1840 que Moreau de Tours présenta un travail remar-

quable sur son action physiologique, spécialement sur les facultés mentales.

Snobs et littérateurs (Baudelaire, Théophile Gautier) jetèrent sur son ivresse tout l'ornement factice de leur imagination et chantèrent à l'envi ce nouveau « paradis artificiel ».

De nombreux travaux pharmacologiques mirent au point sa matière médicale et ses propriétés chimiques sur un terrain plus scientifique.

La dernière conquête du chanvre semble avoir été l'Amérique où il aurait été importé par des indigènes de l'Amérique Centrale. Du Mexique il a gagné les Etats-Unis, où, sous le nom de *marihuana*, l'intoxication est devenue alarmante en ces dernières années.

Aussi a-t-elle été comprise dans la lutte engagée à la Société des Nations par la *Commission consultative du trafic de l'opium et autres drogues nuisibles* ; une *Sous-Commission de la Cannabis* a été créée qui a centralisé d'intéressants renseignements venus de pays divers et a suscité quelques recherches de matière médicale et de pharmacologie, de documentation sociale et clinique (1).

DROGUES FOURNIES PAR LA CANNABIS

Les toxicomanes utilisent :

- a) soit la résine,
- b) soit les sommités fleuries, avec quelques feuilles, du chanvre en nature.

a) *Résine*. — La résine brute est désignée en Asie sous le nom de *Charas*, dans l'Orient méditerranéen sous le nom de *Haschich*, en Afrique du Nord sous le nom de *Chira*.

Sa récolte se fait parfois sur la plante en pied : les cultivateurs, vêtus de cuir, circulent dans les plantations ; la résine s'attache aux vêtements qu'on racle de temps en temps avec des instruments spéciaux ; ou bien, on promène sur les plantes des lanières de cuir, ou bien encore on roule entre ses doigts les

(1) Citons tout particulièrement, parmi les experts les plus qualifiés de ce Sous-Comité de la Cannabis, le Dr BOUQUET, Inspecteur des Pharmacies de Tunisie, qui a fait, sous l'égide de la Commission, un important travail général de mise au point de ce problème, dressant un inventaire de la documentation existante et indiquant les lacunes à combler et les voies nouvelles à explorer (12 avril 1939).

Nous lui empruntons presque toute la partie pharmacodynamique et documentaire de cet article.

sommités visqueuses pour en recueillir la résine par râclément des parties enduites.

Cette résine, de qualité supérieure, se façonne en plaques ou en bâtonnets pour la consommation.

Le plus souvent, les plants coupés sont mis à sécher sur des claies, pétris, et la poussière obtenue est recueillie et comprimée dans des pièces d'étoffe et se vendent en « semelles » ou sachets aplatis.

b) *Chanvre en nature* (feuilles et sommités fleuries). — Il est recueilli, débarrassé de ses tiges ligneuses, desséché et souvent hâché, peu avant l'usage, avec des instruments spéciaux.

Ce chanvre porte, suivant les pays, des noms différents :

Bang et Ganja (Indes).

Kif (Algérie, Maroc).

Takrouri (Tunisie).

Kabak (Turquie).

Haschich-el-Keif (Syrie, Liban).

Djomba, liamba, riamba (Afrique Centrale, Brésil).

Dagga (Afrique Australe).

Marihuana (Amérique du Nord).

Grifa (Mexique).

Suivant la pureté d'origine, la trituration, il donne lieu à des produits supérieurs ou inférieurs, aptes à être fumés purs ou mélangés au tabac, ou simplement à être incorporés avec d'autres produits dans des électuaires, des macérations, des pâtes, etc.

c) *Activité comparée*. — Le *charas*, ou *haschich*, ou *chira* est infiniment plus nocif que le chanvre en nature. Dans le premier, la teneur en résine brute oscille autour de 40 %, tandis que dans le second, elle ne dépasse guère 8 à 12 %.

Dans les pays où est institué un monopole de la vente par l'Etat (Tunisie, Maroc), ce dernier s'efforce de maintenir une teneur constante, assez faible (5 %), pour limiter son action nocive.

DONNÉES CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LA CANNABIS

Les grandes variations de teneur en résine du chanvre suivant les pays et les climats créent une inégalité considérable au regard du pouvoir toxique. Aussi convenait-il de savoir déterminer si un chanvre contient ou non de la résine incbrante, de même qu'il est essentiel de la déceler dans les drogues saisies. Il convient aussi, si possible, de la doser.

Réactions d'identification. — L'examen microscopique n'est possible que si l'on a un échantillon à l'état végétal ou riche encore en parcelles végétales, ce qui n'est pas toujours le cas.

Aussi a-t-on demandé à la chimie une réaction spécifique.

La *réaction alcaline de Beam* est aujourd'hui classique : la résine de cannabis est extraite par l'éther de pétrole, évaporée dans une capsule ; quelques gouttes d'alcool éthylique à 95° contenant 5 % de potasse caustique versées sur le résidu développent une réaction violette plus ou moins intense.

Quelques modifications ont été apportées à cette technique primitive (de Plascensia, Nickolls).

Des techniques nouvelles dérivées de cette réaction de Beam ont été préconisées : *réaction à l'alcool amylique* (J. Bouquet, 1937), *réaction de Munch* (1936), de *Myttenaere* (1937). Citons enfin la réaction de *Duquesnoy et Hassen Neym Mustapha* toute récente (1938) qui permettra un contrôle utile de la réaction de Beam.

Mais tous ces procédés d'identification restent *qualitatifs*, permettant de dépister la résine, sans en donner la teneur.

Dosage de la résine. — A l'heure actuelle, conclut J. Bouquet, il n'existe pas de méthode de dosage rigoureusement scientifique du principe actif du chanvre indien.

Les techniques calorimétriques pourront certainement, après perfectionnement, fournir des résultats rapides et précis, mais aucun des procédés actuellement en usage n'est au point.

La plus simple et la meilleure méthode est encore celle par pesée (procédé *J. Bouquet*, procédé *A. de Myttenaere* qu'il est avantageux de combiner avec la technique *Weitz-Dardanne* de pesée du résidu insoluble).

Essais physiologiques. — Les essais physiologiques renseignent sur l'activité inébrante et narcotique du produit, mais sans donnée numérique précise.

Les essais d'expérimentation sont déjà anciens. Les premiers expérimentateurs ont employé les pigeons et les lapins (Moreau de Tours, 1841), les cobayes, les grenouilles, les poules.

Ch. Richet s'est adressé surtout aux chiens et aux chats, plus sensibles à l'action de la cannabis.

E. Joel, en 1925, a signalé que, sur des chats décérébrés, l'action est nulle ; d'où l'on peut conclure que la cannabis agit sur les hémisphères cérébraux et est donc bien un *poison de l'intelligence*. Cela restreint d'autant la portée des expériences physiologiques sur les animaux inférieurs.

Principe actif. — Après les recherches infructueuses ou incomplètes de divers auteurs, des chimistes anglais (T.B. Wood, W. T. N. Spiwey, et T. H. Easterfield) ont abouti en 1896 à la découverte du *cannabinol*, considéré comme le principe actif de la résine et de la cannabis.

C'est un corps très stable, indifférent vis-à-vis de nombreux réactifs, actif au point de vue physiologique (C.R. Marshall, 1897). On a pu en préparer des dérivés bromés, acétylés, nitrés et benzoïlés.

USAGES PHARMACEUTIQUES

Dans la pratique médicale, la cannabis et ses préparations ont connu une période de vogue qui n'était peut-être pas très justifiée. On l'utilisait surtout pour ses propriétés sédatives.

Dans les pharmacopées officielles de divers pays, on trouve encore inscrites les sommités femelles, la teinture alcoolique, les extraits alcooliques, hydroalcooliques, étherés, gras, les teintures de cannabis.

Assez tombées en désuétude, ces préparations n'ont guère engendré de toxicomanie d'origine thérapeutique.

PRÉPARATIONS UTILISÉES PAR LES TOXICOMANES

Elles sont innombrables et difficiles à classer, varient d'un pays à l'autre ; la cannabis y est souvent associée à d'autres substances.

Ces divers produits sont le plus souvent préparés au fur et à mesure des demandes de la clientèle locale, suivant ses goûts.

La matière première est la *chira* ou *haschich*, mais bien souvent aussi, le *chanvre* lui-même plus ou moins broyé ou haché.

J. Bouquet classe ces préparations en trois catégories :

A. *Drogues à fumer.* — La plus recherchée était connue sous le nom de *Haschich Kafour*, minces bâtonnets faits avec du *charas* (ou *chira* ou *haschich*). On le morcelle au moment de l'emploi, on l'additionne parfois d'opium, de jusquiame, ou de produits odorants ; le tout est introduit dans des cigarettes.

On emploie plus couramment — en Afrique du Nord du moins — les sommités fleuries et feuilles du chanvre, desséchées et hachées menues. C'est cette poudre qui se vend clandestinement en Algérie sous le nom de *Kif*, officiellement en Tunisie sous le nom de *Takrouri* par la Régie et au Maroc sous le nom

de *Kif*. La teneur moyenne du takrouri en résine n'est que de 5 % à peine, c'est-à-dire qu'elle est huit fois moins nocive que la *chira*. Au Maroc, le kif mis en vente par la Régie n'a guère plu aux fumeurs qui l'ont baptisé par dérision « kif-taben » (kif de paille) et qui lui préfèrent celui des contrebandiers.

Les fuineurs le consomment dans une petite pipe spéciale, mélangé à du *tabac soufi*, variété de tabac indigène cultivé dans le Sud, ou en roulent des cigarettes. La Régie marocaine le vend tout mélangé.

B. *Drogues à boire*. — Ce sont ou bien des macérations aqueuses de feuilles ou de sommités, peu actives, étant donnée la faible solubilité du végétal, ou des suspensions faites avec le chanvre pilé au mortier (type *Assis*). On les mélange à des solutions ou des sirops parfumés (fleur d'oranger, jasmin, etc...) (type *Esrar*) ou à des alcools anisés (*chats-raki*).

C. *Drogues à manger*. — Toutes les recettes de confiseries et toute l'imagination orientale ont été mises à contribution et des types divers, suivant la préparation ou l'excipient, se partagent la faveur d'une clientèle friande. Il y en a pour tous les goûts et toutes les bourses : confitures, pâtes molles, pâtes croquantes incorporent la *chira*. Le *manzoul*, le *madjoun*, le *dawamesk*, le *garaouich* sont les plus connues de ces confiseries. Leur diversité tient surtout aux associations : amandes, pistaches, noix-sèches, muscade, poivre, cannelle quand il ne s'agit pas d'opium, de noix vomique, de cantharides, car beaucoup ont des visées et une réputation aphrodisiaques.

GÉOGRAPHIE DU CANNABISME

C'est l'Asie Centrale qui fut le berceau du cannabisme. Il y sévit encore fortement (Indes). De là il a gagné le bassin oriental de la Méditerranée (Turquie, Egypte), l'Afrique du Nord. L'Amérique Centrale d'abord, puis les Etats-Unis et le Canada (marihuana) y sont venus en ces derniers temps.

a) *Aux Indes*, on fume le *ganja* et le *charas*, on boit le *chang*, on mange le *majoun*.

Toute cette clientèle obéit à des mobiles divers :

1) les uns cherchent dans le chanvre un moyen de résister à la fatigue et à l'insuffisance de nourriture, à « tromper la faim », comme d'autres se servent de maté, de coca, de cola, de café ;

2) d'autres lui demandent un excitant ; l'excitation génésique s'obtient, nous l'avons dit, par l'adjonction d'aphrodisiaques ;

3) les fanatiques lui demandent une exaltation politique et religieuse, parfois dangereuse au point de vue social, suivant des traditions anciennes du temps des Védas ;

4) il sert parfois à des fins perverses, à des excitations criminelles. Il développe la pédérastie, augmente le nombre des viols et des meurtres.

Malgré la réglementation, la plante prospère aux Indes et d'immenses régions comme le Thibet, le Turkestan chinois échappent aux investigations.

Par contre, Chine et Japon semblent indemnes au milieu d'un continent où pullulent les fervents de la drogue.

b) *Bassin méditerranéen.* — En Turquie poussent des chanvres réputés (Brousse, Smyrne). Malgré les mesures gouvernementales, la toxicomanie au haschich sévit encore, mais uniquement dans la pègre. Une secte de « Derviches » contribuait à sa propagation. Les foyers des « Takkès de derviches » étaient des foyers de paresse, d'intoxication et d'insurrection que Mustapha Kemal fit dissoudre. Mais l'intoxication par ravitaillement clandestin continue en des locaux sordides et le service psychiatrique du Dr Mazhar Osman hospitalisa, de 1926 à 1938, 220 haschiehomanes sur 883 toxicomanes.

En Egypte, d'après les Rapports du Bureau Central d'Information des narcotiques du Gouvernement égyptien, la préoccupation sexuelle est à l'origine de beaucoup de toxicomanies. Sir Thomas Russel a aussi pensé qu'une relation existait entre la santé physique débilitée par les dysenteries et les affections parasitaires et l'usage du haschich comme excitant. Thèse combattue par J. Bouquet qui pense qu'il convient plutôt de faire intervenir la passion des stupéfiants, vice enraciné depuis de longs siècles.

Quoi qu'il en soit, le nombre des fervents de la cannabis y reste élevé. Le Rapport 1937 indique que sur une population de 3.100.000 habitants, on en comptait 11.552 en 1934, chiffre tombé à 6.524 en 1937.

Le nombre des internés à l'Asile d'Abbassieh pour haschichisme était de 27 % vers 1900. Il était encore de 12 % en 1906 (Dr Warnock).

En Grèce, la culture du chanvre fut très prospère à un moment donné et c'est le Péloponèse qui ravitaillait en grande partie de résine le bassin méditerranéen et l'Afrique du Nord. Mais une

lutte énergique a été entreprise par les autorités à l'instigation des médecins (Katsaras, Scouras, Vlavianos, etc...) et a tari cette production.

La physionomie du cannabisme chronique s'en est trouvée changée en ce pays et dans les pays tributaires.

En Afrique du Nord, l'usage du chanvre fut réglementé officiellement par les Gouvernements tunisien et marocain qui vendent un chanvre prêt à être fumé et de teneur modérée en résine. De la sorte, les méfaits sociaux ont été ralentis et l'on voit beaucoup moins de folies haschichiques qu'autrefois.

Gobert et J. Bouquet (de Tunis) ont esquissé de façon heureuse ces silhouettes de Tunisiens grands fumeurs de takrouiri qui se réunissent dans des pièces tranquilles pour fumer ensemble leurs pipes ou le narghilé dans un décor d'oiseaux en cages, de fleurs ou de chromos, le pot de basilic sur la table.

En Algérie, pas de réglementation. Mais la prohibition a développé considérablement les cultures et le trafic clandestins. Telles régions, comme les plateaux de Sétif, la région de Bône, produisent annuellement des quintaux de chanvre qui se passent sous le manteau. Dans les villes, des fumeries discrètes, généralement pour la pègre, existent en grand nombre dans les quartiers indigènes. La petite pipe y est en honneur ; mais beaucoup de fumeurs de kif roulent leurs cigarettes eux-mêmes, avec ou sans tabac.

Deux phénomènes sont à souligner en ce pays : 1° les fumeurs de kif sont presque toujours en même temps des alcooliques et il est difficile, dans les nombreux accidents pathologiques qu'ils présentent, de faire la part de ce qui revient à l'une ou à l'autre intoxication.

2° L'invasion récente de l'héroïne tend à se substituer de plus en plus au kif, comme du reste en Turquie et en Egypte.

En Amérique, l'usage de la cannabis est d'importation beaucoup plus récente. Toutefois, le chanvre paraît avoir été connu depuis longtemps au Mexique. Livet a décrit des cérémonies spéciales à caractère religieux : un cigare mélangé de chanvre et de tabac passe de bouche en bouche, au milieu d'incantations rituelles, jusqu'à apparition de l'ivresse. Au milieu de la pièce où la compagnie s'est réunie pour fumer, est placé un petit saurien (un iguane) qui sert de témoin. Quand il tombe, intoxiqué par la fumée ambiante, les assistants doivent s'arrêter de fumer de crainte d'une intoxication mortelle.

Mais, aux *Etats-Unis*, l'opinion publique et les autorités se sont

alarmées du développement formidable de la toxicomanie par la marihuana en ces dernières années. Le mal apporté du Mexique par des ouvriers saisonniers semble surtout avoir gagné la jeunesse et le monde des étudiants, avec, à son actif, une propension particulière à la violence et au crime.

II. Les accidents aigus. L'ivresse cannabique

Depuis 1840, l'étude de l'intoxication aiguë passagère par la cannabis a fait l'objet de nombreuses publications, les unes scientifiques (Moreau de Tours, Gley, Richet et Rondeau, R. Meunier, J. Bouquet, E. Pâchal), les autres purement littéraires (Baudelaire, Théophile Gautier). L'Ecole d'Heidelberg (Wilmans, Beringer, Stringaris) en a fait une bonne étude expérimentale. Ces descriptions relatent pour la plupart les expériences faites par des sujets de haute culture intellectuelle dont les observations ne sauraient guère s'appliquer aux toxicomanes de basse classe qui constituent la grosse clientèle du haschich ou du kif.

Baudelaire lui-même avait fait des réserves et écrit que les phénomènes décrits par lui « se produisaient chez les esprits artistiques et philosophiques, mais qu'il y avait des tempéraments chez qui cette drogue ne développait qu'une folie tapageuse, une gaieté violente qui ressemble à du vertige, des danses, des sauts, des trépignements, des éclats de rire. Ils ont pour ainsi dire un haschich tout matériel » (1).

Autres remarques faites par J. Bouquet : il ne s'agit dans ces descriptions que des effets du haschich *ingéré* et non *fumé* ; d'autre part les produits utilisés pouvaient très bien contenir d'autres substances actives.

Quoi qu'il en soit de ces réserves, voyons les manifestations aiguës de cette *ivresse cannabique*, dans sa forme *spirituelle* pourrait-on dire (pour l'opposer au haschich *matériel* de Baudelaire).

Schématiquement, cette ivresse peut se décomposer en quatre phases :

(1) Il cite avec humour le cas d'un magistrat respectable et honorable, un de ces hommes « dont la gravité artificielle impose toujours », qui, « au moment où le haschich fit invasion en lui, se mit brusquement à sauter un cancan des plus indécents ; cet homme qui jugeait les actions de ses semblables, ce *logatus* avait appris le cancan en cachette ».

Phase d'excitation euphorique. — Une ou deux heures après l'ingestion, le sujet, dit Moreau de Tours, éprouve une sensation de bien-être physique et moral, de contentement intérieur, de joie intime indéfinissable. Cette joie profonde est expansive et communicative ; on la proclame, on cherche à l'irradier. On éprouve une soif intense de mouvement, mais que l'on contient pour savourer son bonheur.

Tous ces phénomènes expliquent pourquoi les haschichins cherchent à se grouper pour consommer la drogue (1).

Une joie, une hilarité spéciale déclenchent des éclats de rire pour les propos, les gestes les plus futiles ; tout s'anime, se déforme et prête à rire ; les choses les plus banales deviennent excessivement drôles ; « on est doué d'une merveilleuse intelligence du comique » (Baudelaire). Les idées, les images surgissent dans le cerveau, y tourbillonnent, se précipitent à une cadence invraisemblable ; les problèmes philosophiques ou scientifiques les plus ardues ne sont qu'un jeu. On se sent supérieur au reste de l'humanité qu'on regarde avec mépris. « Le pauvre, quand il en prend une drachme, dit une poésie persane, lève un front superbe au-dessus des Emirs ».

L'ivresse haschichique a ceci de particulier, dit Hesnard, qu'elle agit surtout en dissociant la conscience, insuffisamment pour ôter, chez ceux qui en sont capables, la faculté d'auto-observation, mais assez pour fragmenter les sensations et les idées dans une incohérence prononcée et bien spéciale. « C'est dire que ses symptômes en sont bien plus riches pour celui qui l'éprouve que pour l'observateur. »

G. de Clérambault, de son côté, a souligné la scission absolue entre le jugement et le contrôle des actes. Le sujet intoxiqué non seulement juge autrui avec finesse, mais encore se juge lui-même assez sainement dans toutes ses modalités délirantes, bien qu'il se sente contraint néanmoins à agir comme s'il ne possédait aucune auto-critique.

Livet ajoute qu'il est possible aux fumeurs « expérimentés » de doser exactement leur intoxication et de la localiser pour ainsi dire sur tel ou tel sujet déterminé comme un souvenir, un désir, un problème, etc... Mais cette coordination des mécanismes psychiques n'est pas aisée à réaliser.

Phase confusionnelle et de désorientation avec illusion et hallucinations. — Les perceptions commencent à se déformer.

(1) Rappelons le « Club des Haschichins » fondé au siècle dernier, à Paris, et qui se réunissait dans un hôtel de l'île St-Louis (Th. Gautier).

Une *hyperesthésie sensorielle* anormale se manifeste d'abord par une acuité perceptive accrue ; le moindre bruit, le moindre son ont des résonances extraordinaires, créant des illusions allant jusqu'à l'hallucination. Gobert (de Tunis) a rapporté le cas d'un toxicomane qui, avant de fumer son chanvre, enduisait d'eau sucrée les cordes de sa mandoline accrochée au mur ; à un certain degré d'ivresse, le va-et-vient des mouches sur ces cordes produisait des sons exquis à ses oreilles. Toutes les nuances de la musique sont perçues avec une intensité extraordinaire, provoquant des crises de larmes ou de terreur.

« Les équivoques les plus singulières, les transpositions d'idées les plus inexplicables ont lieu. Les sons ont une couleur ; les couleurs ont une musique. Les notes musicales deviennent des nombres et vous résolvez avec une rapidité effrayante de prodigieux calculs d'arithmétique à mesure que la musique se déroule dans votre oreille. » (Baudelaire).

« Je voyais mes camarades à certains instants, écrit Théophile Gautier, mais défigurés, moitié hommes, moitié plantes, avec des airs pensifs d'ibis debout sur une patte d'autruche, si étranges que je me tordais de rire dans mon coin et que, pour m'associer à la bouffonnerie du spectacle, je me mis à lancer des coussins en l'air. »

Les *notions de temps, d'espace* sont perturbées. Vous avez vécu dans un monde merveilleux et fantastique des scènes innombrables et des déroulements sans fin : la pendule n'a avancé que d'une minute ! L'idée du temps disparaîtra complètement.

La notion de l'espace est profondément troublée, elle aussi ; une distance formidable s'étend entre votre voisin et vous, entre le verre et la main. Les membres paraissent démesurément allongés et déformés. Peut-être, comme le fait remarquer Bouquet, la mydriase et les troubles de l'accommodation interviennent-ils à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, cette désorientation se complète des autres signes de la confusion mentale : perte du contrôle, illusions, onirisme, visions et parfois véritables *hallucinations* animées, dont quelques-unes lilliputiennes.

D'après certains auteurs, les troubles et illusions cénesthésiques sont très fréquents : déplacement et déformation d'organes, dislocation des membres, sensation de brûlure, de glace, etc.

Très souvent existe une horripilation spéciale de la peau, sensation de cheveux hérissés, de chair de poule que les Mexi-

cains appellent la « grifa », terme qui, par extension, chez eux, désigne aussi la drogue qui la procure.

Comme corollaire de cette perte du contrôle, il faut signaler la *suggestibilité* extrême, l'*hyperémotivité* de ces sujets enivrés de haschich. Ils peuvent céder à des raptus et commettre des crimes ou des suicides, comme sous l'influence de toute suggestion onirique. Chez l'indigène, naturellement, très impulsif, les réactions tragiques sont très fréquentes.

L'*affectivité* s'en ressent ; le cœur déborde de tendresse ; on voudrait voir ses amis autour de soi partager son bonheur. On a la crainte, poussée jusqu'à la folie, la plus méticuleuse d'affliger ou de faire souffrir qui que ce soit (Baudelaire).

Par contre, l'antipathie se transforme en une haine farouche ; des réactions de terreur et de violence peuvent survenir sous cette emprise.

Phase d'extase onirique et troubles de la personnalité. — Le bouillonnement du cerveau s'apaise : les couleurs s'estompent ; une indicible sensation d'extase fait place au tumulte des idées et des images. C'est une sorte de béatitude calme et tranquille traversée encore de quelques visions. Le sujet entre dans cette période de bien-être que les musulmans appellent *le kif* (repos béat) et qui a fait donner son nom à la drogue qui le procure.

Le sujet garde la faculté de s'observer lui-même ; mais conçoit-il un geste à faire, il en est incapable. « Je vous défie de tailler une plume ou un crayon, disait Baudelaire ; ce serait un labeur au-dessus de vos forces ». Cet anéantissement de la volonté est total et très caractéristique.

Cette auto-observation conservée va parfois jusqu'au *dédoublement de la personnalité* : un *moi* spectateur qui observe l'autre *moi* encore aux prises avec ses rêves et ses phantasmes.

Un haschichin tunisien racontait à J. Bouquet que ce second moi qu'il nommait son ami « Hachoum » lui apparaissait chaque fois qu'il prenait du haschich, sous la forme d'un vieillard nain, ironique et hargneux, critiquant sans bienveillance tous ses actes et toutes ses pensées. La crédulité de l'indigène, la fréquence des idées d'influence extérieure dans cette mentalité primitive, la croyance aux esprits et aux « djenouns » favorisent grandement ce dédoublement psychologique.

Dépression et sommeil. Le réveil. — Après quelques heures de cette détente extatique et passive, le sujet s'endort d'un sommeil entrecoupé souvent encore de rêveries. Il se réveille le lendemain, un peu étonné, mais, semble-t-il, assez dispos. Pour

tant, une fois debout et au contact de ses obligations, il se sent las et surtout mal en train, incapable de travail et d'énergie dans l'action.

L'alcool passe en certains pays pour être un antidote de l'ivresse cannabique. Un homme fortement alcoolisé ne peut pas être en ivresse complète, et lorsque le fumeur paraît en danger de mort, au Mexique, il est d'usage de lui donner de l'alcool (L. Livet).

Variabilité des symptômes. — Ce cycle ne se déroule pas toujours suivant le schéma ci-dessus. De Clérambault a signalé que cette ivresse, au lieu d'être continue, procède par poussées successives que séparent des intervalles calmes ; les Arabes disent : « La première ivresse est montée ; la seconde ivresse est montée, etc... » Chaque poussée est marquée par des sensations céphaliques, brusques et violentes, comme explosives.

Signalons qu'en cas de fumée, les manifestations de l'ivresse sont plus précoces, mais moins accusées. Il faut un certain nombre de pipes (8 à 10) pour arriver à une extase simple, sans cette réaction d'agitation initiale si marquée chez les mangeurs de haschich. A peine y a-t-il une volubilité passagère, quelques éclats de rire discrets, puis une longue inertie béate et passive, où défilent cependant quelques visions agréables, mais, parfois aussi, pénibles ou terrifiantes.

Les ivresses impulsives et tragiques. — Dans cette hyperactivité cérébrale, chacun ne trouve que ce que ses ressources intellectuelles ou imaginatives lui permettent d'y apporter et obéit aux tendances naturelles de son subconscient.

Aussi, le primitif n'y rencontre-t-il que des sensations frustes et pauvres, des réflexes d'agitation grossière ; et pour qui connaît le tempérament impulsif de l'indigène, l'onirisme de l'ivresse cannabique va déclencher des raptus anxieux suivis de réactions tragiques. Nous en avons observé plusieurs cas dans notre pratique médico-légale ; Scouras, Mazhar Osman en ont rapporté aussi des exemples.

Le plus typique est celui d'un employé de la voirie d'Alger, vieil intoxiqué, qui, un jour, subitement dans l'après-midi, à l'heure où les enfants rentrent à l'école, se précipite dans la rue, armée d'une râclette d'égoutier, et assomme sauvagement une fillette de 4 ans ; il va tomber quelques mètres plus loin en proie à des convulsions ; l'enquête établit que, une heure avant, il avait fumé plusieurs pipes de kif.

Livet a insisté sur ce fait que ces raptus tragiques sont beau-

coup plus le fait du fumeur isolé que des fumeurs en commun qui se maintiennent dans un état d'équilibre et de contrôle mutuel qui les préserve de ces écarts. Pour notre part, tous les drames que nous avons connus dans le cannabisme étaient dus à des solitaires.

Manifestations somatiques et physiologiques. — Un certain nombre de troubles subjectifs et cénesthésiques, des perturbations objectives peuvent être relevés au cours de l'ivresse haschichique.

Au début, sueurs profuses, constriction des tempes, troubles du rythme cardiaque et respiratoire, refroidissement des extrémités, mains « en savon », chute du tonus musculaire, hyperesthésie eutanée superficielle, nausées, plus rarement vomissements.

Dans la seconde période, bouffées de chaleur ou de froid, mydriase, bruits auriculaires, constriction épigastrique.

A quoi s'ajoute, quand la drogue est fumée, de la sécheresse des muqueuses buccale et pharyngée, de l'irritation conjonctivale, du manque de salive, de la toux, une soif plus ou moins intense.

Au réveil, anorexie, toux sèche, hypotension.

La répercussion sur la sphère génitale est pratiquement nulle. Le haschich n'est aphrodisiaque que par association d'autres produits : strychnine, cantharide ; seul, il aboutit plutôt à la frigidité.

III. Le cannabisme chronique

L'usage habituel du chanvre, le cannabisme chronique, se distingue des autres toxicomanies en ce qu'il est peut-être moins tyrannique que les poudres blanches ou l'opium, souvent plus modéré en son usage ; en cela il se rapprocherait plutôt de l'alcool dont beaucoup de gens usent avec modération à côté de ceux qui s'y abandonnent avec excès. L'accroissement des doses est moins rapide, l'abstinence ne s'accompagne pas de graves accidents. Mais l'assujettissement reste assez grave pour diminuer fortement la valeur sociale du sujet et aboutir à des déchéances physiques et mentales incontestables.

Une grosse distinction s'impose entre les consommateurs ou fumeurs de résine (*charas*, *haschich*, *chira*) et les fumeurs de

chanvre (*bang, kif* ou *trakouri*). Nous avons dit que les premières préparations étaient huit fois plus toxiques que les secondes.

Aussi verra-t-on de grandes différences entre ces deux catégories au regard des accidents chroniques. C'est ce qui explique peut-être que certains auteurs — de façon assez paradoxale et contraire à l'ensemble des faits — aient pu défendre la thèse de son innocuité.

Un proverbe marocain dit : « Le kif est comme le feu ; un peu réchauffe, beaucoup brûle. » Aussi quelques fumeurs se contentent-ils, en dégustant un café ou une tasse de thé, de 2 ou 3 pipes quotidiennes. Pour cette catégorie de « sages » rencontrés dans les villes, chez les boutiquiers et les artisans, on peut dire que le cannabisme est sans grande conséquence. Mais ils sont l'exception.

De même pour ceux de nos Musulmans qui, à l'occasion du mois de Ramadan, dégustent des confiseries à base de chanvre pendant quelques jours.

Mais malheureusement, les indigènes, gens primitifs, le plus souvent apathiques et paresseux, s'adonnent avec immodération à toutes les tentations qui les portent à la griserie, à la rêverie ou à l'excitation. De là que les haschichins ou les fumeurs de chanvre en arrivent si souvent à des abus prolongés dont se ressentent leur psychisme et leur santé physique.

ETUDE CLINIQUE

a) *Etat habituel de l'intoxiqué chronique.* — Ce qui peut désigner à l'attention le fumeur habituel, c'est une certaine apathie, une mollesse spéciale, une vie effacée et souvent aussi une instabilité d'humeur très particulière. Jovial, un peu exubérant à certains moments — du moins dans les premières années — quand il est sous l'empire de la drogue, à d'autres moments, on le trouve ralenti, irritable. Souvent efféminé, il glisse facilement dans l'homosexualité. C'est un paresseux qui ne songe guère à un métier régulier, vit de petits travaux intermittents et faciles : colporteur, revendeur. Il se néglige ; sa tenue débraillée et sale commence à trahir son incurie et sa misère sociale. La vie de famille ne compte plus pour lui ; souvent il reste célibataire ou répudie sa femme. Les haschichins se recherchent entre eux ou fréquentent des débits clandestins où ils peuvent satisfaire leur vice ; ou bien ils se groupent en quelque coin dé-

sert, en une mesure quelconque, pour échapper à la surveillance.

Toute cette clientèle constitue en Turquie et dans l'Afrique du Nord une pègre d'irréguliers et de vagabonds, toujours plus ou moins en conflit avec la police ou la justice.

Peu ou pas de signes physiques ou somatiques, sauf cet œil éteint, ce faciès blafard et cette maigreur, cet aspect de déficience spécial à tous les intoxiqués. Ils s'alimentent mal et irrégulièrement, par anorexie et par misère aussi et si la dose journalière est tant soit peu forte, ils arrivent vite à un état subcachectique.

Il y a tout lieu de penser que le facteur *avitaminose* doit intervenir, comme dans l'alcoolisme chronique, pour produire certains troubles. De Clérambault avait déjà attiré l'attention, en 1920, sur l'existence, chez les haschichins invétérés qu'il avait observés en Tunisie, d'un trouble trophique fréquent, un *mal perforant plantaire*, siégeant au niveau de la tête des métatarsiens, s'accompagnant d'amyotrophie, d'analgésie et d'abolition des réflexes, indépendamment de toute infection syphilitique : cette lésion, en arabe, s'appelle « *mesmar* », ce qui signifie exactement « *clou* » et les indigènes la considèrent comme particulière aux haschichins. G. de Clérambault estimait qu'elle était imputable à la misère physiologique et qu'une cure bien réglée ferait certainement disparaître à la fois l'état cachectique et le mal qui en résulte.

L'exemple de l'alcoolisme doit orienter les recherches des observateurs dans cette voie de la carence vitaminique.

b) Episodes aigus. — Sur ce fonds organique, intoxiqué et carencé, des épisodes aigus ou subaigus vont surgir, soit à l'occasion d'un état pathologique, soit le plus souvent par une surcharge toxique, que cette surcharge soit le fait de la drogue elle-même ou d'un autre appoint toxique (alcoolique), qui est de règle trois fois sur quatre, du moins en Algérie et en Tunisie.

Le tableau de ces accidents est variable.

On observe rarement le type de la manie aiguë ou de la mélancolie franche.

Presque tous sont à base d'*onirisme*.

Ce sont des *accès d'agitation* atypique, des *accès confusionnels* d'une durée de quelques jours, suivis d'amnésie consécutive. Les *hallucinations visuelles* y sont fréquentes. Ce qui leur est propre, c'est la fréquence des *raptus impulsifs*, des *fugues* et des *réactions tragiques* ou *meurtrières*.

Le sujet se précipite au dehors, hagard, halluciné, la démarche mal assurée, au comble d'une excitation extrême, brandissant une matraque ou un couteau (1). Les meurtres sont fréquents, immotivés, commis avec une sauvagerie qui rappelle celle de l'épilepsie. Nous en avons rapporté un cas à propos des ivresses délirantes ; Scouras, Mazhar Ozman en ont aussi relaté.

Scouras, d'Athènes, a attiré l'attention sur les *accidents de catatonie aiguë* récidivants qu'il a pu observer et il en a publié récemment une très belle observation chez un militaire qui s'adonnait depuis l'âge de 13 ans au narghilé, et qui, dans ces accès catatoniques, mimait et évoquait par moment les gestes usuels du fumeur ou s'exaltait à toutes les évocations que l'on pouvait faire devant lui concernant ses pratiques toxiques.

Certains de ces épisodes aigus rappellent les poussées aiguës que l'on observe chez les schizophrènes (Maslov et Streljüchin).

c) *Psychoses prolongées et chroniques. Haschichisme et démence précoce.* — Ces accidents plus ou moins subits peuvent se détendre après quelques jours d'hospitalisation. Mais souvent aussi, après la phase tumultueuse du début, la psychopathie se prolonge sous une forme atypique, avec des discordances et des troubles du comportement, des survivances oniriques ou des thèmes délirants pauvres, une carence du jugement, un apragmatisme qui font penser à une psychose dissociative avec affaiblissement intellectuel et porter le diagnostic de *démence précoce*.

La précocité de cette évolution d'allure démentielle est assez spéciale à l'intoxication par la cannabis et plusieurs auteurs l'ont soulignée.

Mazhar Osman, en particulier, note que sur un total de 300 démences précoces observées par lui en Turquie, 50 sont dues au haschich pur, 25 au haschich associé à l'alcool (soit donc 1/4 des déments précoces attribuables au haschich) ; le fait est d'autant plus singulier que si l'alcool est très répandu en ce pays, cet auteur estime qu'il n'y a pas plus d'un millier de haschichomanes en Turquie.

Scouras pense que ce poison a une action élective sur les centres d'encéphaliques, ce qui le rend apte à déclencher des accidents du type hétérocatatonique. Il soulève à ce propos la question doctrinale de savoir s'il s'agit de schizophrénies symptomatiques, admises par Gruhle, ou s'il ne convient pas de

(1) Un tableau du peintre algérien Dinet a fixé de façon saisissante une scène de cette nature.

se ranger à l'avis de Mayer-Gross pour qui les psychoses cannabiques du type schizophrénique résulteraient plutôt de mécanismes extraconscients, endogènes, mobilisés par le haschich et évoluant ensuite pour leur propre compte, soit vers la guérison, soit vers la schizophrénie confirmée.

Notre expérience personnelle nous impose quelques réserves sur la trop grande facilité avec laquelle on porte un diagnostic de démence précoce chez ces sujets.

Si le terme de démence précoce doit être réservé à des états déficitaires définitifs et irréversibles, nous pensons qu'ils ne sont pas aussi fréquents qu'on l'a cru.

Nous avons été frappé, comme tous les auteurs, de la fréquence et de la précocité de ces *syndromes discordants* coïncidant avec un apragmatisme presque total chez de jeunes sujets après 2 ou 3 ans de drogue ; nous avons même observé ce maniérisme ironique ou paradoxal qui a fait porter parfois le diagnostic de simulation.

Mais voici qu'après un an, deux ans, parfois trois ans d'hospitalisation, nous avons eu l'agréable surprise d'en voir guérir un certain nombre. Plusieurs de ces sujets, internés à l'Hôpital psychiatrique de Blida pour démences précoces dues au kif, ont ainsi guéri dans ces délais.

Il faut savoir compter, chez le Levantin ou l'indigène, avec ce coefficient mimique spécial, ce maniérisme inné et surtout ces *phénomènes de persévération mentale* sur lesquels nous avons attiré l'attention depuis longtemps, avec Hesnard, sous le nom de « *syndromes expressifs* », pour souligner qu'ils n'étaient pas en correspondance avec un fonds mental bien altéré. Ces aspects d'inhibition, de ralentissement, de stupidité définitives que l'on trouve du reste à la suite d'autres causes (les traumatismes en particulier), l'invigoration, le travail forcé les dissipent assez aisément et nous n'avons pas hésité à nous servir du cardiazol qui nous a donné de véritables et surprenantes résurrections.

Quoi qu'il en soit de ces cas particuliers, il reste qu'un certain nombre de sujets versent dans une démence définitive à laquelle les prédisposait peut-être une fragilité mentale spéciale et à laquelle contribue certainement non seulement l'ancienneté, mais surtout l'intensité de l'intoxication.

Quoi de plus démonstratif à ce dernier point de vue que l'exemple de la Tunisie ? Perrussel, à Tunis, en 1925, dénombre 32 fumeurs de chanvre sur 92 internés (soit 1/3). Avant cette époque, l'usage de la *chira* (40 % de résine active) était très répandu. Depuis que la résine de chanvre n'y entre plus et que

les Monopoles ont imposé un *tékrouri* dose à moins de 5 %, le nombre des internements a beaucoup diminué ; on n'a relevé, en 1937, qu'un cas de démence précoce cannabique.

Par contre, là où règne encore le *charas* (Indes) ou le *haschich* (Egypte), les internements de haschichins restent élevés.

Le vieux fumeur ou mangeur de cannabis — quand il a échappé aux épisodes aigus et à l'internement — finit le plus souvent dans un état de misère sociale, de déchéance physique et mentale qui est celui de tous les intoxiqués chroniques avec tous leurs avatars, leur délinquance, petite ou grande.

d) *Haschichisme et criminalité*. — Les Américains — en dénonçant récemment les ravages du *marihuana* — ont insisté, nous l'avons dit, sur son influence au regard de la criminalité.

Même en pays musulman, le haschichisme n'a pas l'inocuité que certains lui prêtaient.

Il ne s'agit pas seulement de la petite délinquance où versent tous les déchus sociaux : vagabondage, grivèlerie, outrages aux mœurs, vol, abus de confiance, etc. Il s'agit souvent d'actes de violence et de meurtres.

C'est que — en plus des raptus aigus de frayeur ou d'hallucinations que procure l'ivresse haschichique — il faut prendre en considération l'impulsivité propre à l'indigène et sa tendance aux équivalents de l'épilepsie mentale, que nous avons signalées par ailleurs.

Les raptus oniriques sont fréquents chez tous les primitifs à mentalité crédul et mystique et cet onirisme se traduit trop souvent par des réactions tragiques.

Presque tous nos intoxiqués avaient dû être hospitalisés à la suite de réactions antifamiliales ou antisociales, et nous avons eu plusieurs expertises mentales dans des affaires de meurtres accomplis avec une sauvagerie inouïe, sous l'influence du haschich.

En voici un exemple personnel où le kif est seul en cause :

Un indigène du « bled » croit voir la nuit un homme entrer dans son gourbi et s'approcher de sa femme ; sauvagement il poignarde cette dernière, endormie, et s'enfuit dans la campagne où on le retrouve égaré au bout de quelques jours. Incarcéré, il tombe dans un état de marasme physique et mental inquiétant. Nous finissons par apprendre que c'est un fumeur de kif qui va toutes les semaines au village acheter sa provision qu'il fume dans des cigarettes qu'il roule lui-même.

C'est en spéculant sur cette suggestibilité naturelle accrue par

l'ivresse cannabique qu'en Turquie on a vu des sectes religieuses de derviches menées par des Cheiks avisés entrer en révolte avec les autorités, provoquer des meurtres collectifs qui ont amené leur dissolution.

Il s'agit donc bien d'une toxicomanie vraiment dangereuse au point de vue individuel et social.

e) *Diagnostic*. — Il est assez difficile de dépister l'intoxication haschichique. Les intéressés ne la dévoilent pas ; même conduits à l'hôpital à la suite d'une bouffée délirante que rien autre n'explique, ils n'avouent qu'avec une extrême difficulté. Par ailleurs, ils ne se trahissent pas entre eux et l'entourage n'y attache pas d'importance.

Nous avons vu qu'il n'y avait pas de tests humoraux susceptibles de déceler les produits toxiques du chanvre dans le sang et que les examens de laboratoire étaient assez pauvres.

Enfin, il n'y a jamais les accidents aigus du sevrage si caractéristiques des intoxications opiacées.

C'est sur l'aspect physique du sujet, sa silhouette, sa physionomie terreuse, son œil hagard, sa maigreur, c'est sur son comportement, son instabilité d'humeur, sur le caractère hallucinatoire de son épisode délirant qu'il faudra songer au cannabisme en pays musulman. L'enquête sociale fournira souvent des renseignements utiles sur le milieu, les fréquentations.

Mais il reste trop souvent à faire la part du chanvre, de l'alcool ou de l'héroïne dans les polyintoxications qui sont aujourd'hui la majorité des cas ; la discrimination en est souvent malaisée.

IV. La lutte contre le cannabisme

Il n'y a guère de thérapeutique spéciale à appliquer à l'intoxiqué en dehors de l'hospitalisation prolongée ou de l'internement et des soins généraux à son organisme déficient.

Le sevrage est aisé et sans phénomènes critiques. Mais les récidives sont presque la règle, comme dans toute toxicomanie, quand le sujet retrouve son milieu et ses conditions de vie antérieures.

Aussi, tout l'effort médico-social doit-il être d'ordre *prophylactique*.

Etant donné que la résine de chanvre n'a aucune utilité théra-

peutique et industrielle, que les chanvres producteurs de résine ne donnent que des fibres textiles de mauvaise qualité, il semblerait très simple qu'un accord intervienne pour interdire catégoriquement la culture de la cannabis dans les régions où sa production de résine est élevée (J. Bouquet).

Mais ce point de vue logique se heurte à des considérations politico-religieuses (Indes) ou politico-sociales (Tunisie, Maroc). L'interdiction bouleverserait des habitudes millénaires et serait très impopulaire.

Aussi certains Etats ont-ils préféré la *réglementation* à la *prohibition* (Tunisie, Maroc).

Le Gouvernement égyptien estime cette mesure illusoire devant l'appétence et l'avidité des usagers et pense que le seul facteur de modération est la possibilité financière d'achat. D'où le relèvement des prix.

Mais un danger commun menace ces diverses tentatives : la substitution de toxicomanies plus noies, comme l'héroïne, qui a déjà envahi le marché.

Peut-être vaut-il mieux en définitive maintenir l'usage modéré et atténué dans sa violence d'un produit adapté à la mentalité des peuples qui le consomment.

Les résultats acquis en Tunisie sont assez démonstratifs à cet égard.

Quant aux *sanctions*, le *renforcement des pénalités* paraît le moyen le plus efficace : emprisonnement de certaine durée avec travail forcé.

S'il s'agit de trafiquants étrangers, expulsion et interdiction de séjour après l'incarcération ; s'il s'agit de trafiquants autochtones, mise en surveillance administrative et policière, loin des centres et pour une assez longue durée, après le temps de prison.

Sévérité surtout envers les toxicomanes trafiquants, qui prélèvent leur dîme sur la drogue et, par leur prosélytisme intéressé, en sont les plus dangereux propagandistes.

Bibliographie

BATDELAIRE. — *Les Paradis artificiels.*

BERINGER. — *Zur Klinik des Haschichrausches J. Denksörungen der Nervenartzt, 47, 1932.*

BOUQUET (J.). — *L'Herbe aux fakirs. Le chanvre indien. Thèse de Pharmacie, Lyon, 1912.*

— Etat actuel de la documentation concernant la Cannabis et les problèmes qu'elle soulève. Genève. *Commission de l'opium et autres drogues nuisibles, Soc. des Nations. O./C./Cannabis 3/12 avril 1939.*

- BOUQUET (J.). — La lutte internationale contre les stupéfiants et la Soc. des Nations. *Tunisie Médicale*, nov. 1916.
- Quelques recherches sur le chanvre indien. *Bullet. des Sc. pharmacol.*, mars-avril 1938.
- Plusieurs contributions à l'étude de la Cannabis, in *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, 1937 et 1938.
- BROMBERG. — Le Marihuana. Etude clinique. *The Amer. Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 2, p. 303, sept. 1934.
- BROTTEAUX (P.). — *Haschich, herbe de folie et de rêve*. Paris, 1904, Ed. Vega.
- Cannabisme (Le) en Tunisie*. — *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1925, n° 4.
- I. — Matière médicale du chanvre, par J. BOUQUET.
- II. — Mœurs des fumeurs de chanvre, par E. GOBERT.
- III. — Psychopathologie des fumeurs de chanvre en Tunisie, par G. PERRUSSEL.
- CASPARIS (P.). — Etude sur le Haschich. *Pharm. Acta Helvetica*, Zurich, 1926, n° 11, p. 210.
- CONOS. — Trois cas de cannabisme avec psychoses consécutives. *Bulletin de la Société de Pathol. exotique*, 1925.
- CZERKIS. — Sur le Cannabinol, principe actif du Haschich. *Thèse de Vienne*, 1907.
- DE CLÉRANBAULT. — *Soc. Méd. Psychol.*, 23 fév. 1920, in *Ann. Médico-Psychol.*, 1920, p. 267.
- DANA. — Haschich et ses intoxications en Iran. *Thèse*, Paris, 1938.
- DARDANNE (A.). — Contribution à l'étude du chanvre indien. *Thèse de Pharmacie*, Paris, 1924.
- DHUNJIBHOY. — Intoxication par le chanvre indien. *The Journal of Mental Science*, avril 1930.
- FEREHDINE-KERIM. — Troubles psychiques par l'emploi du haschich. *L'Hygiène Mentale*, avril 1930.
- GAUTIER (Théophile). — *Le Club des Haschichins*.
- GLEYS, Ch. RICHEL et P. RONDEAU. — Note sur le Haschich. *Revue Philosophique*, 1885, T. XX.
- GUEGHE. — *Revue de Médecine et d'Hyg. tropicales*, 1933.
- HESNARD. — Note sur les fumeurs de chanvre en Orient. *L'Encéphale*, 1912.
- KRAINIC. — *Les Toxicomanies*, 1 vol. chez Doin, éditeur, Paris, 1939.
- LEWIN (L.). — *Les drogues narcotiques et stimulantes*. New-York, 1931, C. P. Dutton et Cie, p. 121.
- LIVET (L.). — Fumeurs de marihuana. *Soc. Méd.-psychol.*, 23 fév. 1920, in *Ann. Méd.-psychol.*, 1920, p. 257.
- Les fumeurs de kif. *Bulletin de la Soc. Clin. de Méd. mentale*, janvier 1921.
- MARIE (Aug.). — Notes sur la folie haschichique. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1907, n° 3.
- MASLOV et STRELJUCHIN. — Aspect schizophrénique du tableau clinique au cours des intoxications aiguës et chroniques par le haschich. *Neuropathologia i Psychiatria*, T. VI, fasc. 4, 1937. Anal. in *Ann. Méd.-psychol.*, 1938, T. I, p. 698.
- MAYER GROSS. — *Bumke's Handbuch d. Geisteskr.* Dd. IX, 5, 131.
- MAZHAR OSMAN. — Haschichomanie et démence précoce. *Congrès des Alién. et Neurol.*, Lyon, 1934.
- Rapport sur la toxicomanie, surtout par la cannabis en Turquie. *Bullet. de la Soc. des Nations*, Genève, 27 avril 1939.

- MEUNIER (R.). — *Le Haschich*, Paris, 1909.
- MOREAU DE TOURS. — *Du Haschich et de l'attribution mentale*, Paris, 1845.
- NEGM (H.). — Contribution à l'étude toxicologique du Haschich et de sa prohibition en Egypte. *Thèse de Strasbourg*, juillet 1938.
- PASCAL. — Contribution à l'étude du Cannabis indica. *Thèse de Toulouse*, 1934.
- POROT (Ant.). — Cannabisme et autres intoxications en Algérie. *Communication à la Commission Consultative de l'opium et autres drogues nuisibles*. Genève, 8 mai 1939. O./C./Cannabis/12.
- Rapports annuels du Bureau Central d'Information des narcotiques du Gouvernement Egyptien (1929 à 1937).
- RAMIREZ MORENO. — Troubles mentaux produits par l'intoxication aiguë par le marihuana. *Revista mexicana de Psiquiatria*, anal. in *Ann. Méd.-psychol.*, 1936, T. I, p. 278.
- SCOURAS. — Les Haschichomanes. *Thèse (en grec)*, Athènes, 1933.
- Baudclaire toxicomane. *L'Hygiène mentale*, déc. 1930.
- Le syndrome catatonique des psychoses cannabiques aiguës. *L'Enéphale*, février 1939.
- STRINGARIS. — *Haschich*, Athènes, 1937.
- Zur Klinik des Haschichen psychosen. *Archiv. für Psychiatrie*, 1933, 108.
- VERWAECK (L.). — Péril toxique en Amérique. *Rev. de droit pénal et de criminologie*. Bruxelles, janvier 1923.
- VLAVIANOS. — Les toxicomanies en Grèce. *Congrès des Méd. alién. et neurol.*, Lyon, 1934.
- WOOD, SPIVEY & EASTERFIELD. — Charas, la résine du chauvre indien. *Journal Chem. Soc. London*, 1896, pp. 539-540.
- YAWGLER. — Le marihuana, une nouvelle toxicomanie. *Amer. Journal Med. Science*, mars 1938, T. CXCV, n° 3.

On trouvera dans les travaux de J. BOUQUET (1912 et 1939) une série d'autres références, surtout d'ordre botanique, chimique et pharmacodynamique, que nous n'avons pu reproduire ici.

Voir aussi les Procès-Verbaux des séances du Sous-Comité de la Cannabis à la Commission Consultative de l'opium et autres drogues nuisibles, S.D.N., Genève.

L'ENCÉPHALITE AIGUE MÉLITOCOCCIQUE

PAR

ANT. POROT, CH. BARDENAT et P. LEONARDON (d'Alger)

Sur le terrain clinique, la mélitococcie est parfois difficile à dépister et réserve des surprises. Par une symptomatologie atypique, par des localisations anormales, elle peut tenir longtemps le diagnostic en suspens et égarer le clinicien.

Lorsqu'elle prend, à un moment donné, le masque d'une affection neuro-psychique, l'incertitude peut se prolonger. Bien que les travaux de Cantaloube et surtout ceux de Roger (de Marseille) nous aient familiarisé avec les déterminations méningo-encéphaliques de la maladie, avec les spasmes vasculaires cérébraux et leurs signes en foyer, avec les réactions du liquide céphalo-rachidien, le tableau clinique peut parfois être tellement surprenant qu'on ne songe pas d'emblée à cette infection et que le diagnostic étiologique n'est formulé que tardivement à la faveur d'un cycle évolutif ondulant ou d'un anamnétique surpris par hasard.

La plupart des manifestations psychiques rapportées à la mélitococcie s'observent au cours de la maladie ou à titre de séquelles. Nous n'en connaissons guère où elles aient marqué le début de l'affection, surtout sous la forme brutale d'une psycho-encéphalite suraiguë avec convulsions, hallucinations, hyperazotémie, hyperthermie et stase papillaire.

C'est là une forme vraiment rare de psychose mélitococcique qui méritait, pensons-nous, d'être rapportée avec quelques détails et quelques commentaires :

OBSERVATION. — Le jeune Cal... Auguste, âgé de 19 ans, tombe malade brusquement le 10 mars 1935, avec une fièvre élevée (40°), des céphalées, de la rachialgie, de l'insomnie et des tremblements. Du 15 au 18, il fut en *véritable état de mal* avec crises convulsives fréquentes, perte de conscience, sialorrhée, rétention d'urine. Cet état convulsif fit place à une *agitation délirante et hallucinatoire* qui rendit nécessaire l'hospitalisation.

Lors du premier examen, le 19 mars, on était frappé de la gravité de l'état général dominé par une double symptomatologie, infectieuse et nerveuse : langue rôtie, lèvres fuligineuses, sueurs profuses, épistaxis, pouls à 104 ; la température, très élevée les jours précédents, n'était pourtant qu'à 38°1. Il n'y avait pas de signes méningés proprement dits, pas de raideur, ni de Kernig, mais le sujet présentait un état d'hypertonie intermittente, avec de véritables décharges myocloniques, une attitude catatonique avec négativisme. Le psychisme était totalement obnubilé et réalisait le tableau d'une confusion mentale profonde.

Pendant 3 jours, le sujet resta dans un état grave et son agitation fit place à une prostration extrême.

Nous fîmes le diagnostic d'*encéphalite aiguë* sans préjuger de sa nature, mais tout en réservant le pronostic car le taux de l'urée sanguine était très élevé (1 gr. 38 0/00). La ponction lombaire montra un liquide céphalo-rachidien de tous points normal (pression : 18 ; cytologie : 1 élém. ; albumine : 0,25 ; Wassermann et benjoin négatifs).

Brusquement, le 23, la situation s'éclaircit ; la confusion se dissipa en 24 heures ; l'état infectieux rétrocéda ; il ne persista que quelques vomissements et un petit état anxieux. L'urée sanguine retomba, le 24, à 0 gr. 47 0/00, puis à 0,30. La courbe thermique se régularisa aux environs de la normale et nous assistâmes à une rapide convalescence.

Tous les examens de laboratoire (séros, hématozoaires) avaient été négatifs. Le malade, très présent, put nous raconter son histoire.

Nous apprîmes qu'il avait eu, deux mois auparavant, un accident du travail assez sérieux : fracture de la colonne suivie d'opération d'Albee. Mais tout était révolu normalement et le malade avait pu quitter la clinique où on l'avait opéré.

Tout allait bien et nous pensions cette encéphalite terminée lorsque, brusquement, le 7 avril, la température de nouveau se relève, oscille pour atteindre, le 12, 38°8. En même temps, reparurent des céphalées et des courbatures.

Le sujet se plaint à ce moment aussi de vives douleurs au bas des reins à gauche, irradiées dans la jambe, gênant la marche et la mobilisation, même passive. L'exploration permet de localiser la douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque. L'autre articulation se prend, du reste, au bout de quelques jours, et cette double arthralgie sacro-iliaque se poursuit 2 à 3 semaines ; les radiographies sont négatives.

Il n'y a pas d'autres signes vertébraux ou radiculo-médullaires.

Mais comme notre malade se plaint de céphalée tenace, fronto-occipitale, nous examinons le fond d'œil et, à notre grande surprise, constatons une *stase papillaire bilatérale*.

Toujours rien du côté du liquide céphalo-rachidien qui n'est pas en hypertension (18 au manomètre de Claude) et garde des réactions normales.

La fièvre persiste, oscillante, jusque vers le 3 mai, avec des sueurs profuses, des arthralgies toujours très douloureuses. La stase papillaire s'accroît ; de l'œdème apparaît pendant deux semaines, puis régresse ; pendant quelques jours, s'ajoute un scotome scintillant.

Dès l'apparition des arthrites sacro-iliaques, l'un de nous émet l'hypothèse de *mélitococcie* ; le malade à ce moment nous apprend que son frère est soigné dans un service voisin pour une fièvre de Malte. Nous renouvelons nos recherches sérologiques, toujours négatives.

Et pourtant, après une aecalmie de 11 jours, la fièvre remonte à nouveau, nouvelle réaction sérologique, négative encore. Les cultures du sang et du liquide céphalo-rachidien demeurent stériles plus d'un mois après l'ensemencement (25 avril).

Ce n'est que le 17 juin que nous pouvons recevoir de Marseille de la *mélitine* ; la réaction est franchement et fortement positive, confirmant ce que l'évolution clinique et le groupement symptomatique laissaient présumer.

En résumé, un jeune homme de 19 ans présente brusquement des signes d'*encéphalite aiguë grave, convulsive et délirante hyperazotémique*, qui se dénoue rapidement et favorablement, mais en laissant une *stase papillaire* qui persiste plusieurs semaines. Cette poussée encéphalitique, fébrile, marque le début d'une *mélitococcie* qui se présente ensuite avec des caractères classiques (ondes fébriles, sueurs profuses, arthralgies sacro-iliaques) et se confirme par une réaction positive à la *mélitine*.

Nous ne retiendrons, comme particularités intéressantes de cette observation, que les *accidents nerveux* envisagés :

- a) dans leur forme clinique ;
- b) dans le moment de leur apparition ;
- c) dans les manifestations oculaires qui les accompagnaient.

a) FORME CLINIQUE DES ACCIDENTS NERVEUX

Avec ses troubles du sommeil et du tonus musculaire, ses myoclonies, ses crises convulsives, son négativisme, ses manifestations oniriques escortées d'une fièvre élevée et d'une hyperazotémie marquée, le tableau clinique présenté par ce malade appartient aux encéphalites psychosiques de Marchand, ou délire aigu infectieux.

Il se distingue donc des complications cérébrales communes de la *mélitococcie* déjà bien vues par Cantaloube (1911) : asthénie psychique, torpeur et confusion réalisant parfois un syndrome de Korsakoff ; plus rarement état maniaco-dépressif.

Il se distingue également des méningo-encéphalites si bien décrites par le Professeur Roger : spasmes vasculaires sylvien avec leurs signes en foyers, syndrome cochléo-vestibulaire, état mental particulier et réaction humorale méningée caractéristique. Les ponctions lombaires ont trouvé dans notre cas un liquide normal.

b) MOMENT D'APPARITION

Les symptômes encéphalitiques constituent chez notre malade la manifestation primitive de l'infection mélitococcique.

Il nous posait même un problème délicat. Le malade, jeune maçon dont le père est mort de *tuberculose* pulmonaire et dont la mère est suspecte de *syphilis* ancienne avait subi, rappelons-le, deux mois auparavant, un *traumatisme* important.

On pouvait se demander si le délire aigu actuel ne se liait pas à la commotion cérébro-médullaire récente.

Remarquons que les accidents cérébraux de notre jeune malade n'ont pas justifié la valeur pronostique sombre que leur attribue Cantaloube.

Cette précocité de l'encéphalite s'oppose au caractère habituellement tardif et même ultra-tardif des complications nerveuses de la mélitococcie et sur lequel insiste le Professeur Roger.

Les formes dans lesquelles l'épisode cérébral n'est précédé comme ici d'aucun signe d'invasion appréciable demeurent l'exception.

c) MANIFESTATIONS OCULAIRES

Enfin, nous avons constaté dès la première semaine de l'observation de ce malade une réaction oculaire importante caractérisée par : hyperhémie papillaire, aspect flou des contours, gracilité des artères, dilatation des veines. Faut-il interpréter cet aspect comme une image de stase ?

Certes, la stase peut s'observer au cours de certains accidents intéressant l'encéphale. On l'a vu au cours des méningo-encéphalites diverses et en particulier dans la mélitococcie. Mais les auteurs insistent sur la pathogénie de ce symptôme qu'ils rapportent dans tous les cas à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (Dupuy-Dutemps, Merklen, Roger). Dans notre observation, au contraire, il n'y eut à aucun moment d'hypertension crânienne : la tension s'est maintenue inférieure à 20 et il n'y a pas eu de blocage (Queckenstedt positif).

Mais le même aspect ophtalmoscopique est décrit dans la papillite, réaction inflammatoire banale au cours des maladies infectieuses (Terrien).

Nous croyons donc qu'on ne peut affirmer la stase papillaire en présence d'une image ophtalmoscopique donnée et qu'une ponction lombaire avec manométrie correcte doit toujours venir à l'appui de l'examen du fond d'œil.

DÉLIRE « AIGUISÉ » MÉLITOCOCCIQUE

PAR

SALLE et SUTTER (d'Alger)

Les troubles neuro-psychiques qui peuvent survenir au cours de la mélitococcie sont actuellement bien connus grâce aux remarquables travaux de Rimbaud et surtout à ceux de Roger et de ses élèves. Aucune statistique n'existe, à notre connaissance, qui établisse exactement leur fréquence, mais il est certain qu'ils ne sont pas exceptionnels. L'observation que nous rapportons ici présente cependant un certain nombre de particularités qui nous ont semblé dignes de retenir l'attention.

Hi... Emile, soldat âgé de 37 ans, entre à la première section de Fiévreux de l'Hôpital Maillot, le 23 février 1940, pour un syndrome étiqueté « grippe intestinale ». Le début de l'affection remonte à 10 jours environ : la fièvre est apparue, accompagnée de céphalées, de courbature, d'asthénie, de sueurs profuses, de constipation.

Il n'y a aucun antécédent pathologique notable, pas d'épisode psychopathique antérieur, pas d'éthylisme.

Le malade est un sujet robuste ; l'examen, à l'entrée, montre un état digestif saburral, des conjonctives subictériques ; il n'y a aucun signe neurologique anormal ; pas de Kernig, pas de modifications des réflexes, pas de troubles pupillaires. La fièvre oscille entre 39° et 40°.

Aucun examen de laboratoire ne vient éclairer le diagnostic : le taux de l'urée sanguine est augmenté (0,62 pour 1.000) ; les urines, légèrement albumineuses (0 gr. 20), contiennent un excès d'urobiline, mais pas de pigments ni de sels biliaires ; la formule sanguine, à la date du 5 mars, est la suivante :

Globules rouges	3.200.000
Globules blancs	7.800
Polynucléaires neutrophiles	68 %
Monocytes	3 %
Moyens mononucléaires	19 %
Lymphocytes	10 %

Par ailleurs, les séro-diagnostic à l'Eberth, aux paratyphiques A et B, au Melitensis, sont négatifs ; de même la réaction de Weil-Félix. L'hémoculture est stérile. Il n'y a pas d'hématozoaires.

Le 4 mars, cependant, on note un séro-diagnostic positif au 1/200^e pour le paratyphique B, mais ce n'est que le 11 mars que l'hémoculture montre la présence de *Brucella Melitensis*.

On institue alors une thérapeutique arsénobenzolique : la fièvre qui, jusqu'alors, était demeurée assez élevée, irrégulière, mais dessinant pourtant de façon nette trois ondes successives, baisse progressivement ; 7 semaines après le début de la maladie, le 3 avril, le malade est apyrétique et le restera jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Au cours de cette fièvre de Malte très classique dans ses signes et dans son évolution, les troubles mentaux sont apparus, fait exceptionnel, de façon précoce ; dès son entrée, le malade surprend par son comportement anormal ; malgré une fièvre à 40°, il se déclare en parfaite santé et proteste contre son hospitalisation ; au cours de sa première nuit d'hôpital, il cherche à quitter la salle ; la nuit suivante, il parvient à sortir et il a une violente altercation avec le médecin de garde qui tente de le ramener ; il croit que son fils a été tué et il pense également qu'on cherche à l'empoisonner ; aussi refuse-t-il les aliments et les médicaments ; il exige que la porte et la fenêtre de sa chambre soient ouvertes et un infirmier doit être en permanence auprès de lui pour l'empêcher de se sauver. Ces idées délirantes s'accompagnent d'un certain degré de désorientation avec obtusion intellectuelle, réalisant le tableau classique d'une confusion mentale toxi-infectieuse de moyenne intensité. Le seul signe neurologique observé est une légère dysarthrie.

Du 4 au 5 mars, cependant, les signes s'aggravent rapidement : l'agitation verbo-motrice devient intense, nécessitant l'emploi des moyens de contention : au matin du 5 mars, la température qui, depuis plusieurs jours, ne dépassait pas 38°, monte à 39° : la langue devient sèche, le pouls s'accélère jusqu'à 132 pulsations par minute au cours de l'examen ; le malade est anxieux ; son délire est totalement incohérent et s'accompagne d'hallucinations polysensorielles : l'attention est impossible à fixer, l'agitation devient de plus en plus vive et prend un caractère désordonné, le malade doit être camisolé en permanence.

Aussitôt, nous instituons une thérapeutique de choc au moyen de l'Electrargol administré à doses massives par voie intraveineuse ; notre malade reçoit : le 5 mars, 40 cc. d'Electrargol intraveineux ; le 6 mars, 40 cc. ; le 7 mars, 30 cc. ; le 8 mars, 20 cc. A cette thérapeutique, nous avons adjoint, comme l'ont préconisé Goude et Girard dans le *delirium tremens*, l'huile camphrée et les extraits hépatiques à doses répétées.

Le malade ne fit aucune réaction thermique à ces chocs pourtant massifs d'Electrargol ; rapidement l'agitation diminuait, la langue redevenait humide, le pouls normal ; le délire régressait également et, 5 jours après le début de l'alerte, le psychisme était parfaitement normal, alors que la méliotocécie continuait son cours pendant trois semaines encore.

Une ponction lombaire avait été pratiquée le 3 mars, un jour avant le début des accidents aigus : le liquide céphalo-rachidien était limpide, non xanthochromique, avec : 1,2 lymphocytes par mm³ ; 0,22

d'albumine pour 1.000 ; réaction de Wassermann négative ; benjoin colloïdal : 00002.22210.00000.

En résumé, 20 jours après le début d'une fièvre de Malte qui s'est précocement accompagnée d'une confusion mentale banale, survient un syndrome de délire aigu ou plus exactement, selon l'expression de M. Porot, de « délire aiguisé » ; la thérapeutique, préconisée par cet auteur, des grands chocs à l'électrargol amène la sédation presque immédiate des symptômes alarmants et en quelques jours la disparition totale des troubles psychiques.

Des accidents analogues ont été signalés au cours de la mélitococcie ; ils en sont une complication précoce, parfois même la manifestation initiale ; accompagnés d'une réaction méningée qui peut être peu importante, voire même nulle, comme c'est ici le cas, ils entraînent le plus souvent la mort en peu de jours. Ils s'opposent ainsi aux accidents tardifs, beaucoup plus fréquents, survenant plusieurs mois ou plusieurs années après l'épisode fébrile, évoluant plus lentement, avec des déterminations neurologiques souvent importantes, et s'accompagnant de modifications massives du liquide céphalo-rachidien avec ou sans signes cliniques de méningite. Roger insiste en effet sur l'affinité du mélitococque pour les méninges et il compare son action à celle du virus syphilitique.

Dans les cas de délire aigu, au contraire, il semble que l'on se trouve en présence d'une atteinte toxique du tissu nerveux lui-même, et plus spécialement de la corticalité. La question n'est pas résolue de savoir si l'on doit invoquer le réveil d'un virus neurotrope latent ou s'il s'agit, ce qui paraît plus vraisemblable, d'une imprégnation du cortex par les toxines microbiennes. Le fait est que la réaction clinique, et probablement anatomique, est entièrement dépourvue de spécificité : le délire aigu au cours de la fièvre de Malte est le même que celui qu'on voit survenir au cours des toxi-infections les plus diverses. Comme l'a dit M. Porot, c'est seulement un syndrome, un mode de réaction de l'encéphale à des agressions non univoques.

C'est précisément pour cette raison que l'on ne doit pas s'attarder, lorsque survient le délire aigu, avec son cortège symptomatique caractéristique : langue sèche, pouls rapide, température élevée, agitation désordonnée, à une thérapeutique étiologique qui serait vouée à l'échec : le traitement par les chocs à l'électrargol a donné dans ces cas les résultats les plus remarquables et nous sommes en droit de penser, étant donné le pronostic particulièrement sombre du délire aigu mélitococcique, que cette thérapeutique héroïque n'a pas été sans influence sur l'heureuse issue de cette affection dans le cas présent.

NOTE

SUR LES PSYCHOSES MÉLITOCOCCIQUES

PAR

AUBIN et CAMATTE (d'Oran)

La question des troubles mentaux dans la mélitococcie a été exposée dans son ensemble avec une grande clarté dans le livre fondamental de Roger et Poursines : « Les méningo-neuro-brucelloses ». Nous y trouvons tracé le tableau de la forme la plus fréquente : confusion mentale avec torpeur ou onirisme et grosse réaction albumineuse et surtout cytologique dans le liquide céphalo-rachidien (encéphalite aiguë diffuse à prédominance psychosique, ou plus exactement, dirions-nous, méningo-encéphalite). L'évolution en est suraiguë, aiguë ou subaiguë. Les auteurs posent la question de l'existence des formes chroniques et c'est ce qui nous incite à exposer les observations III et IV.

Voici tout d'abord une forme qui confirme bien le tableau classique : épisode confusionnel avec syndrome neurologique typique (atteintes du nerf auditif, oculo-motrice, exagération du réflexe stylo-radial, réaction méningée importante) et asthénie consécutive psycho-physique très prolongée.

OBS. I. — R..., 53 ans, employé.

Antécédents familiaux : 8 frères ou sœurs décédés (mais un seul dans l'enfance).

Antécédents personnels : pas de maladie grave, pas de chancre (B.-W. négatif), sobre.

H. M. — *En août 1937, fièvre de Malte* (séro-diagnostic au Melitensis positif, agglutination à 1/300).

En janvier, reprend son travail ; son *acuité auditive* diminue beaucoup à partir de ce moment (d'autre part, il présente une otite scléreuse ancienne).

En mars, présente des *parésies oculaires* (parésie du droit interne

de l'œil gauche ?) pendant 2 ou 3 jours. Il tombe du côté gauche, mais sans avoir de paralysie vraie. 15 jours plus tard, il devient *confus*, ne reconnaît pas le médecin, ni même sa famille, reste inerte et passif, prononce des paroles incohérentes.

Il est amélioré à la suite d'une ponction lombaire faite le 2 avril et qui donne les résultats suivants : pression 20 (couché ?) ; *albumine* 0,90 ; sucre 0,80 ; *cytologie* 100 éléments (80 % de lympho. et 20 % de cellules endothéliales) ; pas de germes ; B.-W négatif ; benjoin 00000.12210.00000 T.

A son entrée dans le service, le 11 avril, il est encore *subconfus* ; les réponses sont lentes, les souvenirs évoqués avec peine et d'une manière imprécise (notamment les faits anciens). Il est mal orienté, se croit en février puis en mars, répond qu'il est à l'Hôpital Militaire, puis rectifie « non, civil ». Il n'a pas conscience d'être malade, si ce n'est des oreilles ; il se souvient cependant d'avoir eu très mal à la tête il y a quelque temps.

L'examen physique nous montre un sujet d'un aspect prématurément sénile, pâle, l'air las. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont normaux, mais ceux des membres supérieurs sont nettement exagérés ; la recherche des radiaux provoque quelques secousses cloniques des doigts. Les réflexes plantaires et cutanés sont normaux. Les pupilles réagissent bien à la lumière ; le globe oculaire droit converge mal. Légère dysmétrie ; tremblement avec mouvements spontanés de latéralité des doigts. Par ailleurs, rien à signaler. Azotémie : 0,40. La température ne dépasse pas 37°4.

Revu à diverses reprises, le malade récupère sa lucidité en quelques jours, mais reste longtemps *asthénisé* et conserve une grande *fatigabilité physique et psychique*.

En janvier encore, il se plaint de son manque de forces et il ne peut qu'avec beaucoup de peine se livrer à un travail insignifiant (celui de planton dans une paisible administration).

Le cas suivant qui revêt encore la forme dépressive est plus intéressant par la prédominance d'*obsessions* (au meurtre, au suicide) et d'idées d'*auto-accusation* (l'adolescence n'est sans doute pas étrangère à leur localisation sexuelle), mais ici *pas de réaction dans le liquide céphalo-rachidien* ; par contre une *ancienne parésie du voile* (croup dans l'enfance) a été réactivée pendant quelques semaines. L'atteinte neuro-parenchymateuse est donc prédominante ; peut-être a-t-elle été favorisée par la congestion hépatique (ainsi que cela se produit chez les alcooliques).

OBS. II. — G..., 16 ans.

Antécédents sans intérêt en dehors du croup contracté à 3 ans. Consommait fréquemment du lait de chèvre.

Dans le courant du mois de mai 1938, apparaît un syndrome fébrile avec prédominance de manifestations articulaires et sudorales. Du 9 au 27 mai, plateau entre 38 et 39, atteignant parfois 40 ; apyrexie relative jusqu'au 10 juin, puis nouvelle ondulation (le plus souvent autour de 38° jusqu'à 39°) et de nouveau apyrexie relative (max. 37°7). Depuis lors, les ondulations n'ont plus été notées, mais la température garde les mêmes caractères avec des poussées thermiques aux environs de 38°-38°5.

Dans les derniers jours d'octobre, il se plaint d'avoir de la difficulté à remuer le membre supérieur, puis quelques jours après le membre inférieur droit (arthralgie ou parésie ?).

Au début de novembre, il présente un certain état de *torpeur* puis de *subexcitation anxieuse* avec *obsessions intenses*. Il est effrayé de « mauvaises pensées qui lui viennent : la vue d'une paire de ciseaux » lui donne le désir de les enfoncer sur quelqu'un. Une nuit il se lève « et demande à sa mère si elle accepterait qu'il se tue avec un couteau et si ensuite elle jetterait le couteau ».

Il ne dort plus, refuse les médicaments, ne se nourrit qu'avec difficulté. Fréquemment il reste figé, conserve les attitudes (par exemple une cuiller à la bouche), ébauche des gestes sans signification, ne répond pas aux questions. Une fois il demande si c'est bien le matin que le soleil se lève. D'autres fois il pleurniche sans raison. Puis retombe dans sa rêverie, sursaute soudain, regarde autour de lui avec inquiétude.

Hospitalisé le 16 novembre, il se présente à nous déprimé, dans une attitude hypotonique ; il répond avec lenteur, avec effort, s'arrête parfois, le regard fixe, incapable de poursuivre pendant un instant la phrase commencée. Néanmoins il arrive à s'orienter et à élaborer des propos cohérents.

Il paraît épouvanté des châtiments qui l'attendent pour s'être livré à des attouchements sur sa sœur, sur une autre fillette, sur un petit camarade, sur lui-même. Il pense qu'il est « devenu fou » à cause de cela et il se traite lui-même de « bandit ».

Il se plaint de ne rien retenir, d'oublier ce qu'il a à faire.

Il pleure à tout moment, refuse de s'alimenter. Il est très fatigué, sans force, demande à ne pas quitter le lit, urinc sous lui, vomit très fréquemment.

L'examen physique nous montre un sujet en mauvais état général : teint jaunâtre, langue couverte d'un enduit épais, jaunâtre, pouls rapide (102). Tension artérielle 12-7 au Pachon. *L'abdomen est sensible*, surtout au niveau des hypocondres ; *le foie est augmenté de volume et douloureux*. Ebauche de Kernig ; léger nystagmus. Voix nasonnée et reflux des aliments par le nez. Par ailleurs examen neurologique et des divers appareils négatif.

Poids 47 kilogr., légère ondulation thermique (37°8) dans la deuxième quinzaine de décembre. Intradermo-réaction subpositive au cours

du premier séjour. Séro-diagnostic positif à 1/150 le 12 mars 1939. Azotémie 0,38. Urines : ni sucre ni albumine.

Une ponction lombaire est pratiquée le 30 et, contrairement à ce que nous attendions, le liquide céphalo-rachidien est normal : tension assis 30, albumine 0,24, sucre 0,48, cyto normale, pas de germes, Bordet-Wassermann négatif, benjoin négatif. Pendant trois ou quatre jours la céphalée est plus vive, les vomissements plus nombreux, le Kernig plus accentué. Mais tout de suite après, l'état physique et mental s'améliore très rapidement, et peu après, lucide et souriant, le jeune malade commence à s'occuper dans le service.

Le 19 décembre, il se plaint d'une névralgie sciatique. Au cours d'une visite de contrôle le 15 mars 1939, son poids est passé à 53 kgs.

Une *hémoculture* faite à ce moment (19 mars) se montre *encore positive*.

Passons maintenant aux *formes à évolution chronique* : la première a débuté il y a six ans par des *troubles du caractère*, de *vagues idées de persécution et de jalousie* ; à l'heure actuelle coexistent d'une part des *hallucinations auditives* à caractère péjoratif et d'autre part une sorte de *rêverie à caractère euphorique* (1) parfois extériorisé et contrastant avec le ton affectif habituellement lugubre ou anxieux du mélitococcique.

Ici encore pas de réaction méningée connue.

Le tableau actuel est celui d'une *schizophrénie fruste*.

OBS. III. — A... Donna, 30 ans, israélite.

Entrée à l'hôpital le 1^{er} février 1939 pour *douleurs articulaires* dans un service de médecine générale. Elle se fait très vite remarquer par ses *bizarries* : elle se lève la nuit, va recouvrir les malades, puis parfois les frappe. Elle dit qu'il y a la guerre, que les Russes la poursuivent.

Transférée dans le pavillon de psychiatrie, elle se plaint tout d'abord de diverses personnes : de sa concierge, d'une voisine. Mais presque aussitôt elle en fait l'éloge. Elle évoque ensuite ses ennemis nocturnes : « on en dit de toutes les couleurs », assure-t-elle. « Pet de coq... j'entends des mots comme ça... dans la tête... une fois je me suis bouché les oreilles pour ne plus entendre. »

Elle reste ensuite 8 jours dans un *mutisme absolu*, refuse *fréquemment de s'alimenter*.

L'examen physique, auquel elle s'oppose d'ailleurs avec obstination, ne révèle à ce moment rien de notable. Signalons seulement des réflexes tendineux vifs, un corps thyroïde un peu gros. Température normale. Pouls à 80.

(1) Cette dissociation est un argument contre la psychogenèse de l'hallucination.

Antécédents : père mort à 80 ans, mère à 70 ; 11 frères ou sœurs, dont 7 décédés de maladies inconnues ; une sœur a été internée un certain temps à Paris.

La malade, qui consomme fréquemment du lait de chèvre et des fromages de chèvre, aurait eu à 16 ans une fièvre de Malte, qui n'a pu être contrôlée ; elle se marie à 20 ans, a 5 enfants, dont un meurt en bas âge ; pas de fausse couche. Par contre, à 24 ans, elle est hospitalisée pendant 6 mois pour une fièvre de Malte authentique avec *séro-diagnostic positif* à 1/100. Elle aurait présenté, au moment des poussées thermiques les plus fortes, *un peu de confusion mentale*. Depuis sa convalescence, déclare le mari, *son caractère a changé* ; elle se met en colère à la moindre réflexion, travaille de moins en moins, néglige ses enfants, rêve, se montre tantôt indifférente, tantôt jalouse sans motif. Parfois elle s' imagine que les voisins veulent l'empoisonner.

Depuis 6 ou 7 mois ces troubles se sont accentués ; elle refuse fréquemment de s'alimenter, frappe ses enfants, prend des colères très violentes ; elle parle seule, se lève la nuit pour danser ; elle lit beaucoup. La vie commune est devenue impossible et son mari se sépare d'elle.

Comportement ultérieur : après une phase de mutisme et d'inertie, la malade recommence à converser avec les autres malades ; son visage s'illumine et reflète une *euphorie à peu près permanente* ; elle devient parfois loquace, pare ses cheveux d'une plume blanche, s'exprime avec une certaine préciosité, reste impulsive malgré sa nonchalance habituelle (aucune hypersthénie permanente pouvant simuler la manie). Elle évoque spontanément les heures suaves de son enfance et conclut avec le même air de sérénité : « J'étais heureuse, j'étais pauvre, sale, pleine de boutons et je souffrais la misère » ; puis : « maintenant la vie est claire, grâce à Dieu, j'ai des enfants ». Elle se tourne vers l'infirmière : « j'ai un gentil docteur d'Alger, c'est vous ».

Elle prêche aux autres malades l'amour universel ; exige qu'une mauresque lui dise qu'elle aime les juifs, et, sur son refus, la frappe, l'insulte, lui jette son déjeuner à la figure. Parfois elle crache dans l'assiette des voisines et tout autour d'elle.

Elle continue à trouver tout beau, bon et clair : « le cœur se soulage, on dirait qu'on mange tous les jours... tout est beau, la mer bleue et blanche, les fleurs, les jardins... vous êtes gentil, vous être beau : vous êtes un Roi ».

Elle reste parfaitement orientée, sans se tromper d'un jour ; au bout d'un mois d'hospitalisation, elle nomme ses voisines, les infirmières. Le médecin, c'est Monsieur Dieu. Puis au bout de quelques jours le mutisme et le refus d'aliments se reproduisent.

Urines : ni sucre ni albumine. Azotémie 0,32. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Liquide céphalo-rachidien : tension 35 assise au

Claude ; albumine 0,22 ; sucre 0,50 ; cyto. : un lympho ; bactério. néant ; Bordet-Wassermann et benjoin négatifs.

Actuellement l'intradermo-réaction, le séro-diagnostic et l'hémoculture sont négatifs. Numération globulaire : globules rouges 4.020.000 ; globules blancs 6.800 ; poly. 52 %, éosino. 8, grands mono. 6, moyens 19, lympho. 15.

Voici le deuxième cas de psychose chronique, *toujours sans réaction méningée*, et dont l'évolution est fort instructive par la gamme d'états réalisée : ce sont d'abord des troubles d'allure névropathique, puis comitiale ; ultérieurement, des *épisodes oniroïdes*, des *réactions anxieuses*, des *troubles cénesthésiques très curieux*. Enfin, en dernier lieu, les *hallucinations auditives dominant* et déterminent des réactions violentes ; mais contrairement à une paranoïaque vraie, elle a des détentes prolongées où elle redevient douce et confiante, ne maintient aucune idée délirante et prend conscience de son état morbide.

Obs. IV. — B. B., israélite.

Mme B. B. Djohar, âgée de 40 ans, habitant Oran, entrée le 23 mai 1932 à l'Hôpital Civil, dans le service du D^r Solal, pour fièvre intermittente.

Dans ses antécédents personnels, on ne retient rien de particulier. Mariée, elle n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche. Elle a toujours été bien portante jusqu'à la maladie actuelle.

Après un séjour d'un mois à l'Hôpital où les examens de laboratoire (séro-diagnostic et hémoculture) *révèlent une fièvre de Malte*, la malade se rend à Bou-Tlélis en convalescence ; mais vers le milieu de juillet 1932, elle est de nouveau fatiguée ; elle est sujette à des *vomissements*, se plaint de *douleurs généralisées* à tout le corps et d'une sensation de manque d'air. Soignée pendant 4 mois, sa santé est rétablie de novembre 1932 à août 1933. A cette époque, elle est obligée de s'aliter pendant deux mois pour des malaises identiques. Ces troubles accompagnés d'une grande lassitude durent jusqu'en novembre 1934. Vers la fin de ce mois apparaissent pour la première fois des *crises d'allure para-comitiale* caractérisées par un évanouissement (perte de connaissance complète, d'après le mari, pendant une demi-heure environ) accompagné d'un ronflement sonore ; elles se produisent même au milieu de la nuit et constituent un véritable état de « mort apparente » (toutefois la malade respire). Le début de la crise s'annonce par de la céphalée, une boule épigastrique, détermine parfois une chute, la malade n'ayant pas le temps d'arriver à son lit. Il n'a jamais été constaté de mouvement convulsif, ni de morsure de la langue.

Ces crises surviennent à peu près chaque jour, parfois plusieurs fois par jour (jusqu'à 25 ou 30).

Pendant près de deux ans elle est traitée par divers médecins, mais ces crises persistant, elle entre le 16 octobre 1936 au Pavillon de Psychiatrie, où notre collègue Livet constate un *syndrome dépressif* avec délire non systématisé, crises d'excitation, accès vertigineux.

Le 24 janvier 1938, elle entre une deuxième fois au Pavillon de Psychiatrie avec le diagnostic de : « *Psychose hallucinatoire chronique* avec réactions bruyantes et refus intermittent de nourriture. »

Elle n'est pas réglée depuis septembre 1937. Les réflexes tendineux sont normaux. Les plantaires indifférents. Les pupilles réagissent faiblement.

Au cœur, le deuxième bruit est claqué à la base. La *tension artérielle* est de : max. 21, min. 11 1/2 au Pachon. Le pouls est à 88. Les réactions de Hecht, Bordet-Wassermann et Meinicke sont négatives (H⁸). L'urée sanguine est à 0 gr. 32 %. Liquide céphalo-rachidien : albumine 0 gr. 10 ; sucre 0 gr. 61 ; Bordet-Wassermann et benjoin colloïdal négatifs ; 1 lymphocyte au mm³.

Examen mental. — La malade s'exprime avec facilité, elle se dit fatiguée depuis 6 ou 7 ans, se plaint de courbature, de douleurs un peu partout, mais principalement aux épaules et à la tête. Elle accuse de l'oppression, des étourdissements, des vertiges parfois, des insomnies : elle se réveille à minuit et ne peut se rendormir, elle a des rêves tristes et des réveils en sursaut : « J'ai peur de mourir, d'autres fois je demande la mort. Enterrez-moi, donnez-moi un peu de viande, de la viande de mon corps et enterrez-le avec. » Elle sourit parfois et ajoute : « Je suis maintenant habituée, je vais sortir bientôt ? »

Les *troubles cénesthésiques* et les *hallucinations visuelles* sont importants. Voici ce qu'elle raconte : « Le parterre m'avale, je rentre sous la terre, je me sens comme morte, je n'y vois plus clair, comme enterrée vivante, je me sens rentrer sous terre et fondre comme une bougie, parfois je me sens légère. »

Quelquefois elle voit des ombres, hier c'était une main qui sortait du mur ; c'était un vieux, pense-t-elle ; elle l'a vu en entier mais très rapidement ; c'est parti tout de suite ; quand elle est couchée elle voit des individus avec des membres qui rampent sur le sol, qui bougent, des animaux aussi, même en plein jour. L'autre nuit un chat lui a pris la main et ne la lâchait pas ; ou bien on la traîne, on la tue quand elle dort.

Comportement dans le service : pleure, se griffe la figure et se frappe comme devant un mort, se déshabille entièrement, se jette à genoux, *se déguise en cadavre* en mettant un linceul pour qu'Adonaï la prenne pour morte.

Elle accuse son mari de l'avoir ensorcelée, puis devient affectueuse pour lui ; elle accuse également sa sœur de vouloir lui prendre son mari. Son mari était gentil mais elle se disputait avec sa belle-mère,

Au cours de son hospitalisation, la malade a présenté de petites crises anxieuses avec refus d'aliments et une période d'agitation à la suite d'un incident. Dans sa cellule, où nous causions avec elle, une malade entre et dit quelques paroles banales : fureur de Mme B. B. qui se croit insultée et qui croit avoir entendu dire que sa mère et sa sœur ont eu des bâtards. Dès lors les illusions et les hallucinations auditives se multiplient.

La période d'excitation consiste seulement en grands éclats de rire, de grands gestes, d'éclats de voix : « Pourquoi ne riez-vous pas ? » Cette euphorie est entrecoupée de colères subites, de soliloques arabo-juifs et de bons sourires avec détente soudaine.

Le 2 avril 1938 elle est évacuée sur l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville. La famille qui l'a vue dernièrement nous dit qu'elle a beaucoup maigri, qu'elle refuse la nourriture et qu'elle l'accuse de l'avoir enfermée.

Ainsi, aux formes classiques méningo-encéphalitiques de la mélitococcie, il faut ajouter, nous semble-t-il, des formes purement encéphaliques dont certaines passent à la chronicité, réalisant plus ou moins nettement un état schizophrénique ou une psychose hallucinatoire.

Du point de vue psychiatrique, ces psychoses sont du plus grand intérêt et confirment les conceptions de Clérambault sur les psychoses méta-infectieuses.

UNE FAMILLE DE PSYCHOPATHES

PAR

J. SUTTER (de Blida-Alger)

Les idées concernant la transmission héréditaire des maladies mentales ont sensiblement évolué depuis l'époque où Magnan soutint et imposa sa conception de la dégénérescence. La folie des héréditaires, telle qu'il l'avait définie, constituait un cadre nosologique trop commode pour qu'on ne soit point tenté d'en abuser ; on en abusa en effet et ces abus entraînèrent une réaction peut-être trop radicale : alors que certains étaient allés jusqu'à représenter l'hérédité comme une loi au déterminisme immuable, d'autres plus tard en vinrent à la rayer du chapitre de l'étiologie psychiatrique ; et comme trop souvent on prétend plier les faits d'observation aux théories en cours, après avoir invoqué l'hérédité pour expliquer, au moins dans les mots, tout ce qui paraissait d'abord inexplicable, on prétendit ensuite lui refuser le moindre rôle là où son action était cependant évidente. Aujourd'hui, on se montre plus éclectique : on admet d'une part que la coexistence au sein d'une même famille de plusieurs cas de maladies mentales s'explique parfois par un mécanisme « social », le contact avec des psychopathes pouvant créer chez un individu des circonstances favorables à l'éclosion de désordres mentaux ; on sait aussi que, dans d'autres cas, une maladie transmissible, syphilis par exemple, représente le lien entre les divers cas constatés (paralysie générale familiale) ; d'autres fois, enfin, ce lien apparaît plus subtil, sans support toxique ou infectieux apparent : l'espoir d'en découvrir un jour le mécanisme, éclairant alors ce que la notion d'hérédité conserve de mystérieux et d'indéterminé, ne saurait porter atteinte à cette notion elle-même, qui apparaît aujourd'hui comme un fait scientifiquement établi.

L'observation collective que nous présentons offre précisément

l'exemple de plusieurs cas de psychopathies coexistant au sein d'une même famille sans qu'il soit possible de trouver à leur éclosion une explication univoque ; d'abord isolés et apparemment indépendants les uns des autres, ils se rejoignent par la suite à la faveur d'un processus de contagion mentale en sorte que, malgré la diversité de leurs étiquettes psychiatriques, les acteurs du drame mettent en commun leur délire et réagissent en fonction des mêmes idées pathologiques.

Mais présentons d'abord la famille F...

C'est une famille d'origine italienne, fixée en Algérie depuis de nombreuses années, dans le département de Constantine. Nous n'en connaissons que les deux dernières générations, les circonstances ne nous ayant malheureusement pas permis de pousser plus loin nos investigations.

— Le père était un retraité des chemins de fer ; il ne paraît pas avoir extériorisé de troubles mentaux jusqu'à ses dernières années ; cependant, peut-être à la faveur d'un affaiblissement intellectuel sénile, il avait fini par adopter sans restriction les conceptions délirantes de son fils Paul, et nous le verrons participer activement, jusqu'à sa mort qui survint en 1939, à l'âge de 71 ans, aux réactions anti-sociales de la famille.

— La mère est morte après un ietus en juillet 1936 ; elle paraît avoir également, dans les dernières années de sa vie, épousé le délire de son fils ; en outre, elle présenta au moins une fois, vers 1900, un épisode psychopathique ayant nécessité l'internement pendant plusieurs mois. Il s'agissait sans doute d'un délire épisodique ; peut-être aussi d'un accès de manie aiguë : les signes qui sont décrits par l'entourage y feraient penser, mais la notion de périodicité n'a pu être établie.

— Deux des enfants, Louis, 44 ans, et Simone, 35 ans, n'auraient jamais présenté de troubles mentaux ; ils ont gardé peu de contacts avec le reste de la famille et nous ne les connaissons pas.

— Michel F..., le second fils, âgé de 41 ans, est interné depuis 10 ans à Aix pour démence précoce.

— Paul F..., 39 ans, est un délirant chronique surtout interpréteur et parfois halluciné ; son délire a évolué pendant 8 ans au moins sans que l'on pût observer les moindres signes d'un affaiblissement intellectuel qui commence seulement à apparaître dans certains compartiments de son psychisme ; il représente le type parfait du paranoïaque persécuté-persécuteur ; c'est sur sa forte personnalité qu'est centrée l'histoire de la famille entière ; il est l'élément actif des cas de contagion mentale qu'on y peut déceler.

— Marie-Louise, 37 ans, a présenté en 1925 un accès d'agitation de type maniaque ; rendue à sa famille quelques mois plus tard, elle fut à nouveau internée en 1926 ; son état évolua rapidement vers la dé-

mencee ; transférée à l'Hôpital psychiatrique de Blida en 1937, elle offrait déjà le spectacle d'une déchéance intellectuelle complète, avec gâtisme, barbouillage, agitation constante.

— Anna, 33 ans, a comme ses parents épousé intégralement le délire de son frère Paul, qu'elle enrichit même d'interprétations personnelles ; l'internement de ce frère a amené un apaisement affectif et une sédation des réactions dangereuses sans modification appréciable du délire. Sa personnalité pâlit un peu, sans doute, devant celle de Paul ; elle est loin d'être cependant une simple débile suggestible : orgueilleuse, péremptoire, hostile, luttant de toute son ardeur pour le clan familial menacé, elle est elle aussi une véritable paranoïaque.

— Jeanne, 30 ans, la dernière née, est atteinte de manie périodique ; sa famille s'est toujours refusée à la faire interner ; il est à noter qu'entre ses accès, elle se comporte, elle aussi, comme une délirante contaminée par son frère Paul, mais elle reste moins sthénique que ce dernier et que sa sœur Anna.

Les divers membres de la famille F... nous étant connus, retraçons maintenant l'histoire de cette famille. Jusqu'environ l'année 1933, sa vie est à peu près normale : sans doute, la mère a été internée pendant quelques mois en 1900 ; d'autre part, Marie-Louise en 1926 puis Michel en 1930 sont partis pour l'Asile dont ils ne reviendront pas ; Paul, enfin, a une typhoïde particulièrement grave en 1918, et deux ans plus tard il présente un accès de psychasthénie avec phobies et préoccupations hypocondriaques ; mais tous ces incidents évoluent sur le plan strictement individuel, sans engager à aucun moment le bloc familial dans son ensemble, dont le comportement social demeure logique et cohérent. Le père fait son métier de cheminot jusqu'à l'âge de la retraite ; Anna poursuit ses études secondaires et entrera plus tard à la Faculté de Pharmacie ; Paul doit interrompre ses études primaires un peu avant le brevet élémentaire pour gagner sa vie et venir en aide aux siens, son frère aîné étant parti pour la guerre en 1916 ; c'est un garçon sérieux, opiniâtre, très travailleur ; il change assez souvent d'emploi, mais chaque fois pour améliorer sa situation ; il devient bientôt le véritable chef de la famille avec laquelle son frère aîné ne garde que peu de contacts ; en 1930, il se fixe à Alger, suivi de ses parents et de ceux des enfants qu'il fait vivre ; il s'occupe de comptabilités privées et donne même quelques cours dans une école spécialisée et par correspondance, gagnant largement sa vie.

C'est peu d'années après l'arrivée de la famille F... à Alger que Paul commence de l'entraîner dans une aventure dont le côté pathologique n'apparaît pas tout d'abord de façon évidente. Jusque là, il s'était quelque peu occupé de politique : il avait été inscrit à la Ligue des Droits de l'Homme et au parti communiste ; mais il s'avisa soudain qu'aucun des partis existants ne lui convenait ; il sentait naître en lui des idées nouvelles, indépendantes et originales ; il voulut les répandre et, avec un ami, René M..., il fonda un journal, « la Franchise »,

dont le premier numéro parut en août 1934. Ce journal, dont il était le directeur et à peu de chose près le seul rédacteur (René M... cessa bientôt d'y collaborer), parut depuis de façon assez irrégulière ; en termes véhéments, souvent grossiers, il y prenait à partie de nombreuses personnalités politiques locales ou nationales, n'épargnant aucun groupe, aucune classe sociale : on pouvait y lire des articles dirigés contre les propriétaires, contre les députés, contre les médecins, contre les avocats, contre les Juifs, contre les francs-maçons, contre les rois, contre le peuple, contre la France. Un article paru le 3 novembre 1934 sous le titre « Autour d'un meurtre » et dans lequel il faisait l'apologie de l'assassin du Président Barthou et du roi Alexandre de Yougoslavie, le fit condamner à 200 francs d'amende pour propagande anarchiste en avril 1935. Cette même année, il songea à se présenter aux élections municipales : il inséra dans « la Franchise » un article par lequel il demandait aux « hommes jeunes et vigoureux » capables d'appliquer sa « politique d'hygiène », de former avec lui le futur Conseil municipal provisoire (car il devait sous peu remanier de fond en comble la constitution entière du pays). Mais « la Franchise » ne se vendait pas ; les kiosques refusaient d'afficher un journal que nul n'achetait. F..., qui avait eu vite fait de perdre dans cette affaire ses quelques économies, dut se débattre au milieu de difficultés pécuniaires multiples et sa liste ne fut jamais constituée. En 1936, après une nouvelle campagne de presse, il se présenta aux élections législatives mais ne recueillit aucun suffrage. Cependant, il était par deux fois expulsé, car il ne payait plus son loyer et les rapports de police nous apprennent que, chaque fois, l'opération fut mouvementée et provoqua de sa part et de celle des autres membres de la famille, de violentes protestations accompagnées d'insultes à l'égard du Gouvernement et de ses représentants. De leur côté, les deux sœurs, Anna et Jeanne, qui assuraient la vente de « la Franchise » dans les rues d'Alger, eurent souvent affaire à la police, car elles vociféraient et prenaient à partie en termes grossiers les passants qui à leurs yeux ne prenaient pas un intérêt suffisant à leur journal, les accusant collectivement d'être vendus aux ennemis politiques de leur frère. Anna fut expulsée de la Faculté de Pharmacie, car, n'ayant pas été reçue à un examen, elle était venue, accompagnée de Paul, signifier à ses juges qu'elle n'avait plus aucun doute sur les causes réelles de leur partialité ; « la Franchise » publia à ce propos un article vengeur où les persécuteurs qui cherchaient à atteindre F... à travers les membres de sa famille étaient menacés des pires représailles.

Cependant la situation financière des F... devenait de plus en plus précaire ; Paul avait abandonné tout travail rémunérateur pour se consacrer uniquement à ses luttes politiques ; vendant livres, meubles et bijoux, s'endettant chaque jour davantage, la famille entière vivait misérablement avec l'aide de la petite pension de 600 francs que touchait le père. « La Franchise » paraissait irrégulièrement, et Paul

F..., dans chaque numéro « spécial » qu'il parvenait à publier, développait ses thèmes délirants de plus en plus riches, annonçant chaque fois le « cinquième et dernier numéro », « véritable chef-d'œuvre d'économie politique », dans lequel il devait dévoiler enfin ses conceptions « géniales » sur la « politique d'hygiène ».

En janvier 1938, Jeanne présenta un accès de manie aiguë. Elle criait et chantait nuit et jour, proférait des grossièretés, se mettait nue, s'offrait à son frère ; les voisins se plaignirent et voulurent la faire interner ; mais F... ne l'entendait pas ainsi : pour lui, cette maladie avait été provoquée par ses persécuteurs à l'aide d'appareils mystérieux qu'il finit par localiser dans l'appartement situé au-dessus du sien ; le 21 janvier, à 4 heures du matin, il se présenta, revolver au poing, à la porte de sa voisine ; pendant un moment, il mena grand tapage, proférant des injures et des menaces et fracturant deux lames de persiennes pour tenter de voir à l'intérieur, puis il tira trois coups de revolver à travers la porte-fenêtre de la cuisine, heureusement inoccupée ; se retournant enfin vers la rue, il tira encore deux coups de feu sur les passants, sans atteindre personne. Lorsque les agents se présentèrent pour l'arrêter, il les injuria en termes grossiers et les menaça de son revolver, puis il se barricada chez lui et l'on dut cerner la maison. Anna sortit seule au bout de quelque temps et se rendit au consulat d'Italie où elle causa du scandale, voulant remettre au consul une lettre de son frère et différents écrits qui devaient être envoyés à M. Mussolini, lui demandant d'intervenir en sa faveur ; on dut l'arrêter ; pourtant, le lendemain, elle consentit à remettre à son frère copie du mandat d'amener lancé contre lui et à lui conseiller de céder à la force ; il n'obéit qu'à demi et c'est à grand-peine qu'on parvint à le désarmer après un « siège » qui avait duré un jour et demi ; après avoir déclaré qu'il avait agi dans un moment de folie, F... revint sur ses premières déclarations et, depuis, ne cessa d'affirmer qu'il avait toute sa raison et que s'il avait agi de la sorte, c'était pour répondre aux persécutions d'une bande organisée à la solde de ses adversaires politiques, notamment du sénateur d'Alger et du gouverneur de l'Algérie.

Paul F... fut soumis à l'examen d'un expert psychiatre qui conclut à son irresponsabilité et à la nécessité de l'interner. Mais son père et ses sœurs n'eurent de cesse qu'une contre-expertise ne fût décidée : ils envoyèrent d'abord plusieurs lettres et télégrammes à M. Mussolini pour lui demander d'envoyer un spécialiste italien (ils ne voulaient plus avoir rien de commun avec les Français qui tous se liguèrent pour les perdre) ; n'ayant pas obtenu satisfaction malgré une intervention à main armée du père F... qui avait menacé le personnel du consulat d'Italie, ils trouvèrent un avocat qui consentit à s'occuper d'eux, un médecin qui consentit, chose plus étrange encore, à délivrer un certificat de validité mentale en faveur de Paul F... que cependant il n'avait jamais vu ; la contre-expertise fut accordée et c'est à cette occasion que nous fîmes la connaissance de F... Il fut

interné le 12 décembre 1938 ; son père mourut de saisissement, nous a-t-on affirmé, en apprenant la nouvelle de son internement. Quant à ses deux sœurs, elles ne l'ont jamais désavoué ; elles viennent souvent le voir et exécutent les consignes qu'il leur donne à chaque visite ; elles protestent avec véhémence contre son internement et contre les mauvais traitements dont il prétend être l'objet ; les deux femmes ont eu à plusieurs reprises des explications orageuses avec le personnel de l'établissement et il fut parfois nécessaire de leur interdire l'entrée de l'Hôpital. Le 21 octobre 1940, Paul F... parvint à s'échapper de l'établissement alors qu'il était employé à l'exploitation agricole ; sa famille l'accueillit à bras ouverts et le déroba aux recherches de la police pendant qu'il rédigeait un long exposé destiné à expliquer sa situation au Gouverneur général et au Général Weygand ; il partit ensuite vers Cherchell pour ne pas exposer les siens au déshonneur d'une nouvelle intervention de la force publique ; on l'appréhenda et il fut réintégré le 12 novembre 1940.

Depuis l'internement de Paul et la mort de son père, cependant, la vie sociale des deux sœurs est moins mouvementée, malgré la persistance de leurs convictions délirantes, affirmée de temps à autre par quelques démarches insolites auprès des autorités ou par des réactions plus ou moins agressives (en particulier lors de leurs visites à l'Hôpital Psychiatrique) ; Anna a trouvé une petite situation ; Jeanne s'est mariée ; toutes deux ont renoué des relations avec leur frère Louis et leur sœur Simone.

Telle est, vue du dehors, pourrait-on dire, et en la bornant au récit des faits matériels les plus saillants, l'histoire de la famille F... Il nous reste maintenant à discerner les causes profondes de cette aventure pathologique, à analyser le délire collectif qui, d'un bout à l'autre, lui a servi de support et de guide.

Comme il est habituel en pareil cas, le réseau des interprétations s'étend *a posteriori* à une époque où le délire n'existait pas encore : il y a de nombreuses années, Paul F... avait, dans un article que publia une feuille de Philippeville, pris à partie un personnage politique assez obscur ; l'incident n'avait eu aucune suite ; il est cependant désigné par Paul et par sa famille comme marquant l'origine des persécutions dirigées contre eux : l'unanimité des Juifs et des francs-maçons, qui avaient partie liée avec le politicien en question, jura, disent-ils, de le venger. Michel fut « assassiné » ; entendez par là qu'on agit sur lui par « auto-suggestion » (la différence entre auto et hétéro-suggestion n'a jamais été admise par F... malgré tous nos efforts) jusqu'à lui faire perdre la raison, du moins en apparence, après quoi on put le faire interner ; Marie-Louise avait d'ailleurs vraisemblablement subi le même traitement (dans les hôpitaux, déclarait Anna à une voisine, on administre de la morphine à haute dose aux

malades pour leur ébranler le système nerveux et les faire disparaître). Les persécutions redoublèrent lorsqu'on vit Paul F... entreprendre une carrière politique qui s'annonçait triomphale : « Par la politique d'hygiène, annonçait-il dans « la Franchise », dans un mois au plus tard, le strict nécessaire sera donné à tous ceux qui vivent sous les trois couleurs et les larmes s'arrêteront de couler. D'ici la fin de l'année, la réforme de l'Etat (Plan Paul F... qui marie le drapeau rouge au drapeau tricolore pour le plus grand bien de tous) sera totalement assise et la réforme de l'économie sérieusement amorcée. D'ici 5 ans environ, la réforme de l'économie sera totalement assise, c'est-à-dire que vivre deviendra un plaisir et ne sera plus un calvaire, comme à l'heure actuelle... » Les gens de bonne volonté saluaient ce programme par des « cantiques d'action de grâce » : « la Franchise » publiait une lettre d'un lecteur disant entre autre : « Bientôt notre pays de France verra s'élever dans une aube sublime la puissance formidable du conducteur d'hommes que vous pouvez être. » Mais les politiciens en place, que F... allait balayer, les directeurs de journaux dont la presse allait être délaissée au profit de « la Franchise » ne l'entendaient pas ainsi : les tenanciers de kiosque furent menacés des pires représailles s'ils vendaient le journal et ils durent rendre à F... les numéros soi-disant invendus ; Anna et Jeanne assurèrent la vente, mais les passants les insultaient et on leur dressait des procès-verbaux, car la police elle aussi était à la solde des ennemis de la famille F..., parmi lesquels le sénateur d'Alger, J. D..., faisait figure de chef de bande. On parvint ainsi à couler la candidature de F... aux élections municipales ; plus tard, lors des élections législatives, on établit autour de son nom la conspiration du silence : aucun journal n'annonça même sa candidature, et quant à « la Franchise », dont un numéro spécial fut distribué gratuitement, quelques centaines d'individus à la solde du sénateur d'Alger parvinrent, en se faisant passer pour de simples badauds, à saisir tous les exemplaires qui, de la sorte, ne parvinrent pas au public. Mais tout ceci était encore insuffisant et J. D... résolut de détruire purement et simplement toute la famille F..., grâce à un procédé à lui que Paul dénomme « le crime sans trace » et qui consiste, écrit-il dans « la Franchise » :

« 1° à vous tenir dans un état de nervosité constante par l'insomnie (bruits et jeux de lumière) ;

« 2° à vous miner le plus possible par le chagrin, par la peur et par le chantage... Pour finir de vous miner, on vous fait passer sous les yeux le sosie des personnes qui vous sont chères, ne reculant même pas à vous imiter des malades et des morts. Ainsi, par la suite, la mère de M. Paul F... dont la mort tragique nous avait tant affectés ne nous fut pas épargnée...

« 3° à vous faire des émotions successives jusqu'à ce que vous tombiez, soit par l'aliénation mentale si vous êtes jeune, soit par un coup de sang si vous êtes d'un certain âge ». En l'occurrence, après

une préparation méticuleuse au cours de laquelle la tension nerveuse nécessaire fut obtenue « par des bruits insolites, des jeux de lumière et en faisant grincer les freins ou ronfler les moteurs de certaines autos d'une manière continue et par intervalles bien calculés », on intenta à F... un procès au sujet de son appartement dont il n'avait pas complètement payé le loyer (« avec la complicité du juge C... qui n'a de juge que sa robe et sa toque comme d'ailleurs tous les magistrats à la solde de cette infection politicienne »). Lorsque l'huissier vint annoncer qu'on allait vendre les meubles, Mme F... tomba « foudroyée d'un coup de sang ». Mais cet assassinat était encore insuffisant et J. D..., au lieu de répondre à la provocation en duel que F... lui avait lancée par la voie de « la Franchise », voulut poursuivre l'anéantissement de la malheureuse famille : en janvier 1938, il fit installer au-dessus de l'appartement qu'elle occupait des appareils manœuvrés par une équipe de la « police de l'auto-suggestion » venue tout exprès de Paris, et dans laquelle figuraient un médecin-général ainsi que plusieurs officiers supérieurs. Cette fois encore, Paul résista grâce à sa constitution psychique particulièrement robuste ; mais ce fut Jeanne qui ne tarda pas à présenter ce qu'on devait prendre pour des signes d'aliénation mentale. Sûr de son fait, F... monta à l'étage au-dessus et fit feu sur ses persécuteurs.

On sait ce qu'il advint alors. Par la suite, le lot des persécuteurs devait s'enrichir des juges, du procureur, de l'expert psychiatre qui fit la première expertise : « Je dis que derrière cette porte, écrit Paul F..., il y avait la police en exécution d'ordres criminels, c'est-à-dire que je l'ai prise en flagrant délit d'assassinat par auto-suggestion. L'accusation répond : non, Monsieur, il y avait une bonne femme. C'est donc à l'instruction de dire s'il y avait la police ou la bonne femme et non à un médecin. Est-ce que le docteur V... a vu quelque chose ? C'est de sa clinique, alors qu'il était peut-être encore couché, qu'il a vu la bonne femme derrière la porte ? Alors ? C'est un criminel, ni plus ni moins, et il a fait un faux. » « Si vous ne voulez pas vous occuper de cette affaire, ajoutait-il, s'adressant au juge d'instruction, vu que les coupables sont trop puissants, passez le dossier à un autre plus courageux que vous. J'espère qu'il doit bien s'en trouver un dans ce " palais de justice ". »

C'est à ce moment du drame que l'unité de la famille F... s'affirme avec le plus d'éclat : le père avait soutenu le siège de la police en compagnie de son fils, revolver au poing ; quant à Anna, elle écrit plusieurs lettres au procureur après l'arrestation de son frère : « par intervalles calculés, les bruits continuent toujours, et d'une manière intense ». Et à un autre endroit : « mon frère n'a jamais voulu tuer cette bonne femme pour la bonne raison qu'il savait qu'elle n'était pas chez elle et qu'elle avait prêté son appartement à des gens du gouvernement, en l'occurrence la police, chargée d'agir sur ma sœur par auto-suggestion. S'il avait voulu la tuer, il s'y serait pris autrement et nous aurions réglé cette question de femme à femme, et je vous

pric de croire que j'aurais réussi à la tuer... » Enfin, parlant de son arrestation au consulat d'Italie : « Il y eut auparavant, écrit-elle, de nombreuses visites officielles et autres (il m'a semblé reconnaître un journaliste royaliste) qui, j'en suis certaine, sont intervenues pour que le consul me livre, car étant dans un consulat la police n'avait pas le droit de venir me chercher. »

A cette époque, le commissaire de police chargé de l'affaire, s'appuyant notamment sur les déclarations du gardien chef de la prison civile, qui, à chaque visite des deux sœurs au détenu, avait eu l'occasion de constater qu'elles étaient « aussi folles que leur frère », avait demandé pour elles et pour leur père une mesure d'internement ; nous avons nous-même indiqué dans notre contre-expertise que cette solution nous semblait logique et prudente. Pour des raisons que nous ignorons, elle ne fut pas adoptée par les autorités compétentes. Il est permis de penser que, si elle l'avait été, le père de Paul F... serait encore de ce monde et qu'un certain nombre de complications ultérieures auraient été évitées. Il semble d'ailleurs bien probable que l'on doive un jour interner Anna et Jeanne F..., malgré l'accalmie relative que nous avons signalée. L'avenir nous dira jusqu'à quand elles pourront jouir de leur liberté actuelle et l'usage qu'elles sauront en faire.....

Comme nous le disions plus haut, il faut distinguer dans cette observation plusieurs ordres de faits. On pouvait s'y attendre, d'ailleurs, étant donné la multiplicité des personnages (1).

Tout d'abord, nous voyons apparaître chez la mère, puis chez trois des enfants (Marie-Louise, Michel, Paul), des états psychopathiques dissemblables dans leurs formules (bouffée délirante ou peut-être maniaque, démence précoce, délire chronique) et se développant à des époques différentes : ici, aucune contagion mentale n'est possible ; si l'on ne peut parler de maladie mentale familiale, le terme, selon Demay (2) devant être réservé aux cas où la même maladie mentale s'observe chez tous les sujets atteints, on est en droit de penser cependant qu'il y a bien ici une prédisposition familiale aux troubles mentaux, une fragilité spéciale et héréditaire de certains centres ou de certains systèmes.

En second lieu, au moment où le délire collectif atteint à son maximum au sein de la famille F..., nous voyons Jeanne développer rapidement un accès typique de manie aiguë. Est-ce un cas de contagion ? L'infection psychique commune se manifeste-

(1) LAIGNEL-LAVASTINE, ASUAD et BENDIT. — Délire obsidional à quatre. *Annales Médico-Psychologiques*, 1940, t. 1, n° 5, p. 435.

(2) G. DEMAY. — Les psychoses familiales. *Thèse*, Paris, 1912.

t-elle ici sous une forme en quelque sorte larvée ? La chose est peu probable. G. Dumas (1) considère que la manie aiguë n'est jamais une folie induite et quelques auteurs allemands qui professaient une opinion contraire ne furent guère suivis sur ce terrain ; d'ailleurs, Jeanne, au cours de son accès, ne participait nullement au délire commun, tout au plus peut-on penser que la vie au contact de délirants en état d'éréthisme affectif a pu hâter ou déclancher l'apparition d'un accès maniaque qui, dans des conditions normales, serait éclos quelques jours ou quelques semaines plus tard. Par contre, nous voyons cet accès s'intégrer immédiatement dans le délire systématisé des autres sujets : Jeanne n'est pas folle, on la fait délirer pour ébranler la résistance des autres membres de la famille et l'on « relève son délire » dans l'espoir qu'elle va livrer aux persécuteurs les doctrines secrètes de son frère.

Entre Paul et Anna, la « collaboration délirante » (Demay) est complète ; sans doute, Anna est-elle pour son propre compte une paranoïaque, capable d'interprétations et de constructions pathologiques personnelles, mais on sait que la contagion mentale ne frappe guère que des sujets prédisposés. Au sein du drame familial, c'est une intrigue indépendante, un véritable « délire à deux », qui évolue dans les conditions habituelles énoncées d'abord par Lasègue et Falret (2), puis précisées par Régis (3), L. Bender (4), Laignel-Lavastine et Bendit (5) : présence au sein de l'association délirante d'un élément actif (Paul) et d'un élément passif (Anna), le premier ayant sur l'autre une autorité morale et familiale incontestée ; vie en vase clos assurant un contact permanent entre les deux sujets (Paul ne travaillait plus au dehors et Anna avait été chassée de la Faculté) ; forte charpente du délire qui met en jeu « les deux sentiments qui se prêtent le mieux à cette façon d'entraînement » et qui « sont, à coup sûr, la crainte et l'espérance » (Lasègue et Falret) ; enfin, le sujet induit est une femme, ce qui est le cas le plus fréquent.

(1) G. DUMAS. — La contagion des manies et des mélancolies. *Rev. Philos.*, 1911. La contagion mentale. *Revue Philosophique*, mars et décembre 1911.

(2) LASÈGUE et J. FALRET. — La folie à deux ou folie communiquée. *Archives Gén. de Médecine*, septembre 1877.

(3) E. RÉGIS. — La folie à deux ou folie simultanée. *Thèse*, Paris, 1880.

(4) LAURETTA BENDER. — Reactive Psychosis in Response to Mental Disease in the Family. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, t. LXXXIII, n°s 2 et 3, pp. 143-165 et 289-312, février-mars 1936.

(5) LAIGNEL-LAVASTINE et BENDIT. — Un cas de délire à deux. *Annales Méd.-Psychol.*, 1940, t. I, p. 57. Un cas de « délire à deux » chez deux sœurs jumelles. *Annales Méd.-Psychol.*, 1940, t. I, n° 3, p. 237.

La contagion, partie de Paul, a atteint également, au sein de la famille, le père et la sœur de Jeanne (cette dernière avant et après son accès maniaque) mais il semble bien que ces deux personnages, réduits aux rôles de comparses par les deux principaux protagonistes, débilités et rendus exagérément suggestibles, le premier par l'âge, la seconde par son déséquilibre constitutionnel, peuvent être « considérés comme ayant subi une simple pression morale et comme n'étant pas aliénés, dans le sens social et légal du mot » (Lasègue et Fairct). Rappelons que, pour Régis, seuls les cas analogues méritent le nom de folie communiquée ; ceux où l'on peut déceler une véritable maladie mentale chez chacun des deux sujets, maladie qui survit, chez l'un comme chez l'autre, à la séparation, doivent être appelés du nom de « folie simultanée ». Il y a évidemment de nombreux termes de transition entre ces deux éventualités théoriques.

Enfin on peut remarquer que si notre observation semble vérifier en bien des points les théories de Magnan sur la dégénérescence, elle est, sur d'autres, en contradiction absolue avec elles. Selon ces conceptions, en effet, Paul F... ne saurait être qu'un dégénéré : il en a l'hérédité chargée, il en a aussi les stigmates psychiques : n'a-t-il pas fait dans sa jeunesse un accès de dépression avec obsessions et hypocondrie ? Dès lors, il devrait présenter un délire en harmonie avec la classe à laquelle il appartient : délire d'émblée, délire fixe ou à évolution capricieuse, à systématisation imparfaite ; au lieu de cela, nous le voyons parcourir ponctuellement les quatre étapes que Magnan lui-même assigne à l'évolution de son délire systématique chronique évoluant indépendamment de toute dégénérescence : inquiétude, persécution, ambition, démence, cette dernière phase étant à peine ébauchée à l'heure actuelle. Aujourd'hui, nous restons indifférents à de telles constatations qui auraient soulevé autrefois des discussions sans fin ; nous ne nous demandons même pas si les quelques hallucinations notées chez Paul suffisent à diagnostiquer chez lui une psychose hallucinatoire chronique, le délire d'interprétation pur, d'après Sérieux et Capgras qui l'ont décrit, ne pouvant s'accommoder d'une évolution démentielle. En faisant intervenir, comme le veut la classification de Claude, la notion de structure, nous reconnaitrons en Paul un vrai « paranoïaque » ; et, toute question de classification mise à part, n'est-ce pas là le qualificatif qui lui convient le mieux ?

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 8 mai 1941

Présidence : M. VELTER, président

Syringomyélie, gliome et épendymome intra-médullaire, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.

MM. Alajouanine et Thurel rapportent un cas an tomo-clinique de syringomyélie associée à un gliome et à un épendymome intra-médullaires. Ils estiment que cette association dont on connaît un certain nombre d'exemples n'est pas fortuite ; elle constitue un argument de poids en faveur de la nature néoplasique de la syringomyélie et de son origine épendymaire ; les cellules épendymaires hétérotopiques par prolifération orthoplasique (épendymaire) ou métaplasique (névroglie), d'un bout à l'autre de la moelle, aboutissent à la formation d'une hydromyélie ou d'une syringomyélie et peuvent donner en un point naissance à une tumeur, épendymome ou gliome.

M. André Thomas croit prématuré de dire que toutes les syringomyélias ont la même origine et de vouloir ranger toutes les « cavités médullaires » dans un même cadre.

M. Lhermitte est d'avis que la nature néoplasique n'est pas toujours évidente et qu'on ne doit pas négliger le rôle des lésions vasculaires dans la pathogénie des cavités médullaires.

Affection dégénérative systématisée des protoneurones moteurs et sensitivo-sensoriels, par MM. LELONG, Ivan BERTRAND et J. LEREBOLLET.

Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune fille qui a présenté une quadriplégie progressive avec amyotrophie considérable d'aspect pseudo-polynévritique, exagération des réflexes tendineux, signes bulbaire importants, atteinte profonde de la VIII^e paire, puis atrophie optique. L'autopsie a montré une dégénérescence systématisée portant sur les voies spino-cérébelleuses et la plus grande partie du faisceau antéro-latéral (à l'exception

de la voie pyramidale) et une atrophie des cornes motrices ; les lésions étaient étendues dans le tronc cérébral au faisceau central de la calotte. Les auteurs soulignent la curieuse coexistence d'une atteinte des proto-neurones sensitivo-sensoriels comme on en voit dans l'hérédato-ataxie cérébelleuse et d'une atteinte des neurones moteurs comme on en voit dans la sclérose latérale amyotrophique.

Analyse des effets de l'hypoglycémie insulinique sur les centres nerveux, par M. Paul CHAUCHARD.

A l'aide d'une analyse délicate des variations des chronaxies motrices centrales et périphériques et de la chronaxie d'un nerf sensitif au cours de l'hypoglycémie insulinique chez l'animal, M. Paul Chauchard est arrivé à la conclusion que les phénomènes dépressifs du coma insulinique sont en rapport avec une inhibition corticale, tandis que les phénomènes d'excitation (convulsions) dépendent d'une excitation médullaire.

Syndrome vestibulaire central par polio-encéphalite supérieure hémorragique, par MM. J. LHERMITTE, A. PEROZ et J. de AJURIAGUERRA.

Les auteurs rapportent un cas de cette affection, exceptionnelle en France, qui s'est développée chez une femme de 25 ans ; l'évolution a duré 9 jours, avec une symptomatologie réduite à la somnolence puis au coma, avec une ophtalmoplégie subtotale et une abolition complète des fonctions et réactions vestibulaires, l'audition étant conservée.

L'autopsie a montré de très nombreuses hémorragies péri-vasculaires annulaires avec lésions des parois vasculaires ; les cellules des noyaux épars dans la calotte protubérantielle et pédonculaire et les neurones des tubercules quadrijumeaux présentaient des altérations dégénératives aiguës ; les lésions étaient strictement limitées à la partie dorsale du tronc cérébral, ce qui prouve à quel degré certaines toxi-infections peuvent être électives sur le système nerveux.

Hydrocéphalie avec manifestations cérébelleuses secondaires, par M. J. GUILLAUME.

M. J. Guillaume rapporte l'observation d'une fillette ayant depuis 3 mois des troubles de l'équilibre et chez qui l'examen montrait un syndrome cérébelleux vermien et de la stase papillaire ; le diagnostic hésitait entre une tumeur et une hydrocéphalie à retentissement cérébelleux secondaire, l'aspect radiographique du crâne étant en faveur de cette hypothèse.

Une décompression lente fut pratiquée, puis la lame sus-optique fut effondrée ; 10 jours plus tard, il ne subsistait plus aucun trouble cérébelleux, ce qui montre qu'il s'agissait d'une hydrocéphalie sans tumeur. Il est à noter qu'une glycosurie a disparu depuis l'opération et qu'un mégadolicho-célon a nettement régressé du point de vue des troubles fonctionnels et de l'image radiographique.

Sur le ramollissement d'origine veineuse, par M. J. LHERMITTE.

M. J. Lhermitte rappelle qu'il s'agit de faits moins exceptionnels qu'on ne le pense et indique les caractères de cette variété d'encéphalomalacie :

oblitération des troncs veineux importants et surtout des veines anastomotiques de Trolard et de Labbé, par des thrombus fibrino-leucocytaires, intensité souvent extrême du processus hémorragique surtout chez l'enfant, à tel point qu'on a confondu nombre de ramollissements du jeune âge avec des hémorragies, perméabilité des canaux artériels. La stase veineuse, par l'anoxémie qu'elle détermine, provoque la désintégration des éléments nerveux et fait ainsi le lit de l'hémorragie.

L'auteur rappelle un fait de ramollissement veineux bilatéral après ligation d'une jugulaire interne.

Mélanoblastome primitif de la queue du cheval,
par MM. R. GARCIN, PETIT-DUTAILLIS et Ivan BERTRAND.

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 55 ans, ayant présenté une sciatique unilatérale puis bilatérale et des troubles sphinctériens ; l'examen montrait un syndrome typique de la queue de cheval ; le liquide était xanthochromique, l'épreuve de Stookey normale, le lipiodol s'arrêtait en L₄.

L'intervention permit d'enlever un volumineux mélanoblastome ; cliniquement, cette tumeur est primitive ; aucune récidive n'a encore été constatée depuis 3 mois, mais le pronostic est très sombre ; les auteurs pensent préférable de s'abstenir de radiothérapie.

Séance du 15 mai 1941

Présidence : M. E. VELTER, président

Sur un cas de tremblement sénile,
par MM. ANDRÉ-THOMAS et J. de AJURIAGUERRA.

MM. André-Thomas et J. de Ajuriaguerra rapportent l'observation d'une femme de 71 ans ayant depuis au moins 15 ans un tremblement localisé à la tête et aux membres supérieurs, assez analogue au repos à celui de la maladie de Parkinson et sans caractère intentionnel net.

L'autopsie a montré des lésions striées assez semblables à celles de la maladie de Parkinson, mais sans atteinte du *locus niger*, et une diminution considérable des fibres tangentielles avec altération des corps de Nissl de certaines cellules corticales dont le nombre est diminué ; ces modifications sont plus accusées au niveau du cerveau que du cervelet, mais dans l'ensemble ne sont pas très intenses ; il n'y a aucune dégénérescence pyramidale.

L'absence de tremblement aux membres inférieurs n'est pas en rapport avec la localisation des lésions, mais plutôt avec le comportement physiologique différent des membres supérieurs et inférieurs.

M. Lhermitte rappelle que Raymond avait insisté sur le caractère héréditaire de ces tremblements dits séniles qu'il avait observés aussi chez certains animaux comme les faisans.

M. André-Thomas rappelle que dans les familles atteintes de tremblement héréditaire, il est rare que certains membres ne tremblent pas relativement jeunes ; mais il y a aussi des gens âgés qui, comme dans le cas rapporté, sont atteints de tremblement sans qu'on retrouve rien de comparable dans leur famille ou leur hérédité.

Traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale,
par MM. LHERMITTE, DELTHIL et GUILLAUME.

Chez une malade de 53 ans, hypertendue qui, à la suite d'un ictus, a présenté une hémianopsie gauche et une paralysie faciale légère, et chez qui le processus hémorragique s'est poursuivi entraînant un état subcomateux, une intervention a été tentée avec succès : trépanation de l'écaille occipitale, ponction ramenant un liquide sanglant, incision des circonvolutions temporales et évacuation de caillots atteignant au total le volume d'une pomme, ouverture de la corne postérieure du ventricule, suture sans drainage. Dès le lendemain, la malade avait repris sa lucidité et, un mois après l'opération, elle est guérie totalement, sauf en ce qui concerne l'hémianopsie dont la réduction est toutefois très appréciable.

Les mélanoblastoses neuro-cutanées, par M. TOURAINE.

M. Touraine signale la fréquence des mélanoses cutanées dans les mélanoblastoses étendues du système nerveux et des méninges : sur 51 cas publiés avec assez de détails, il y en a 23 avec mélanoses cutanées ; dans 17 de ces cas, cette mélanose est très accusée et très étendue ; dans d'autres on ne trouve que quelques petits nævi.

La mélanose cérébrale touche surtout la pie-mère et se présente sous l'aspect d'une infiltration diffuse ou d'une infiltration en tache ; en général, aux grandes mélanoses cutanées correspondent les grandes mélanoses nerveuses, et aux petits nævi les petites infiltrations nerveuses ; aux mélanoses nerveuses diffuses, les nævi plats ; aux tumeurs nerveuses mélaniques, les nævi saillants. Dans certains cas, les processus nerveux et cutanés ont l'un et l'autre un caractère malin. Il s'agit d'une véritable dysplasie du système pigmentaire.

L'agnosie géométrique et la dyspraxie constructive dans les lésions de la sphère visuelle, par MM. LHERMITTE et MOUZON.

D'après deux observations, MM. Lhermitte et Mouzon montrent que la lésion en foyer du lobe occipital se marque non seulement par l'hémianopsie, mais aussi par des perturbations très complexes des gnosies visuelles qui conditionnent des troubles grossiers de la reconnaissance des figures géométriques les plus simples, des couleurs, des dessins, des ensembles, ainsi que l'impossibilité de construire des symboles géométriques. La perte de l'identification des lettres n'entraîne aucune altération de l'écriture, tandis que le défaut de reconnaissance des formes géométriques conditionne l'apraxie constructive ; un lien semble unir l'agnosie pour les couleurs à l'alexie.

Recherches sur l'électro-encéphalographie, par M. BAUDOUIN.

M. Baudouin rappelle les caractères des ondes α , β et δ ; les ondes alpha représentent une véritable constance physiologique par leur rythme qui, à partir de 6 ou 7 ans, est de 9, 10 ou 11 par seconde ; chez les sujets plus jeunes, ce rythme est plus lent, ainsi que chez certains débiles ; un sujet a en effet le tracé de son âge mental. Il est nécessaire de faire des enregistrements multiples et simultanés ; il est possible, en plaçant une électrode au contact de la lame criblée de l'ethmoïde, d'enregistrer les courants de la base du cerveau. L'auteur rappelle les modifications produites par l'ouverture des yeux (réaction d'arrêt), le sommeil, le clignement des paupières et la fibrillation de celles-ci, qui, dans certains examens prolongés, donne des ondes parasites simulant les ondes delta ; un oculo-compresseur fixant les paupières permet d'éliminer cette cause d'erreur.

Le problème de la localisation des tumeurs par l'électro-encéphalographie n'est pas encore résolu. L'auteur expose les résultats qu'il a obtenus chez les épileptiques ; les enregistrements doivent être multiples et simultanés avec des amplifications faibles, pratiqués le plus près possible d'un paroxysme clinique ; l'hyperpnée ne détermine que rarement la crise clinique, mais assez souvent la crise électrique.

Les modifications les plus légères observées chez les épileptiques consistent dans le remplacement des ondes alpha par des ondes delta de rythme plus lent et de plus grand voltage ; celles-ci, sans être absolument pathologiques, sont exceptionnelles à l'état normal. A un degré plus accusé, on note le complexe pointe-onde de même rythme que les ondes delta (3 par seconde) et de très grand voltage.

On peut admettre que tout adulte jeune ou enfant atteint de mal comitial a dans les heures qui suivent un paroxysme un « tracé électrique infra-clinique » positif ; si l'examen répété à deux ou trois reprises après des crises prétendues reste négatif, la réalité de l'épilepsie doit être tenue pour très douteuse. 95 pour cent au moins des sujets de moins de 30 ans ont des modifications de leurs courbes électriques dans les heures ou les jours qui suivent les paroxysmes ; ce pourcentage diminue avec l'âge et, après 40 ou 50 ans, est beaucoup plus bas ; dans les formes post-traumatiques ou jacksoniennes, le « silence électrique », même chez les sujets jeunes, n'est pas exceptionnel.

Les crises infra-cliniques ne se voient que sur une des dérivations ; les absences et les grandes crises se traduisent toujours sur les quatre dérivations pratiquées systématiquement par l'auteur.

L'électro-encéphalogramme, qui ne varie pas d'un jour à l'autre chez les sujets normaux, a souvent des modifications chez les épileptiques, spontanément ou sous l'influence du traitement. Il est utile de suivre les effets de la thérapeutique par l'électro-encéphalographie ; dans l'ensemble, l'évolution électrographique est parallèle à l'évolution clinique, mais il y a des exceptions : on ne peut encore préciser si la disparition rapide des anomalies électriques a une valeur pronostique.

L'auteur pratique souvent des enregistrements d'une durée de 15 minutes pour établir l'indice électrique ; un indice de 75 indique que le tracé a été anormal pendant 75 secondes sur les 900 qu'a duré l'enregistrement ; il n'a pas observé d'indice supérieur à 250. Chez un épileptique, le lendemain d'une crise, l'indice était à 80 ; sous l'influence du traitement, il était

tombé à 0 ; à deux reprises, il est remoué à 30, sans que le malade ait de manifestations cliniques, car on avait réduit, trop sans doute, la dose des médicaments ; depuis que le traitement est suffisant, l'indice est stabilisé à 30, et cela depuis plusieurs mois. Par la détermination de cet indice, on a un test précis des modifications apportées par le traitement à l'électro-encéphalogramme.

Action du ganglion stellaire sur l'électro-encéphalogramme,
par MM. IVAN BERTRAND, J. GOSSET, LACAPE et M^{me} GODET-GUILLAIN.

Les auteurs montrent que les interventions sur le ganglion stellaire (injection ou extirpation), entraînent une réaction marquée de l'électro-encéphalogramme. Cette réaction est globale sur la corticalité, mais particulièrement nette sur les dérivations occipitales homolatérales et après intervention sur le ganglion stellaire gauche ; elle se manifeste par : 1° une diminution de l'amplitude générale des potentiels ; 2° une tendance à la régularisation des tracés ; 3° une évolution vers les ondes lentes ou le ralentissement des ondes lentes primitives éventuelles ; par contre, l'action sur la fréquence de l'onde alpha est nulle.

Séance du 12 juin 1941

Présidence : M. E. VELTER, président

Amyotropie progressive du type scapulo-huméral avec ophtalmoplégie, troubles de la phonation et de la déglutition, par MM. F. THIÉBAUT, Ch. PROVOST et M. KIPFER.

Homme de vingt-trois ans ayant l'aspect d'un myopathique de type scapulo-huméral et présentant une ophtalmoplégie extrinsèque bilatérale presque complète, sans altérations pupillaires, ainsi que quelques troubles de la déglutition et de la phonation. Début à l'âge de douze ou quinze ans, par un syndrome de céphalées et de vomissements. L'examen du liquide céphalo-rachidien révèle un certain degré de dissociation albumino-cytologique.

Dégénérescence rétinienne et dégénérescence cérébrale associées. Contribution à l'étude des syndromes neurologiques congénitaux, par MM. F. THIÉBAUT et G. OFFRET.

Malade présentant, d'une part, un syndrome de rétinite pigmentaire sans pigment ; d'autre part, un syndrome d'hypotrophie morphologique, avec défaut de développement général, microcéphalie, malformations des orteils,

et un syndrome neuro-psychique constitué par de la débilité mentale, de la dysarthrie, de la contracture intentionnelle. Syndrome à classer parmi les syndromes neurologiques congénitaux.

Coexistence d'une paralysie de la troisième paire gauche et d'une rétraction spasmodique de la paupière droite au cours d'un syndrome de Parinaud, par M. Jean Voisin.

M. Jean Voisin a observé cette coexistence exceptionnelle chez un sujet hypertendu de cinquante-trois ans. Il y avait paralysie du regard et de la convergence, tant dans les mouvements volontaires que dans les mouvements automatico-réflexes. Les réactions oculo-vestibulaires étaient altérées : disparition du nystagmus rotatoire et du nystagmus vertical inférieur. La rétraction spasmodique de la paupière supérieure droite entraînait un signe de Stellwag et un signe de Graefe. La paralysie de la troisième paire gauche était totale, quoique le ptosis ne fût pas très accentué. Il ne fut pas observé de dissociation lors de l'amélioration entre les mouvements volontaires et automatico-réflexes.

Méningite séreuse aiguë. Amaurose bilatérale d'apparition très rapide. Stase papillaire. Récupération visuelle totale après trépanation décompressive. Du mécanisme de cette cécité, par MM. Marcel DAVID, Jean VOISIN et M^{lle} TOURNEVILLE.

Observation d'une jeune fille de seize ans qui, au cours d'un syndrome d'hypertension intracrânienne aiguë, non tumoral, avec stase papillaire, a présenté une cécité d'apparition presque immédiate. La ponction ventriculaire et la trépanation décompressive ont montré qu'il s'agissait d'une méningite séreuse et ont permis d'obtenir une guérison rapide et totale de la cécité. Cette association d'une cécité très rapide et d'une stase papillaire, au cours d'un syndrome d'hypertension intracrânienne non tumoral et très vraisemblablement d'origine inflammatoire, pose un intéressant problème pathogénique. Les auteurs invoquent une pathogénie mixte, à la fois infectieuse et mécanique. Il est probable que l'infection qui a donné naissance à la méningite séreuse a également déterminé une névrite optique aiguë. Et si, dans le mécanisme de la production de la cécité, on doit attacher une grosse importance à l'inflammation du nerf optique, on ne doit pas négliger l'action exercée sur celui-ci et sur sa gaine par l'épanchement séreux qui distend le confluent antérieur. En libérant les nerfs optiques et en permettant aux médicaments de les atteindre plus facilement et plus rapidement, la suppression du facteur mécanique, obtenue par la décompressive, a accéléré la guérison.

Déficits optico-gnosiques, optico-pratiques et optico-psychiques par ramollissement étendu de l'artère cérébrale postérieure gauche, par MM. P. MOLLARET, René BÉNARD et R. PLUVINAGE.

Ces auteurs présentent l'observation d'un malade qui doit être rapproché des cas relatés par MM. Lhermitte et Mouzon à la séance précédente. Le syndrome d'apraxo-gnosie visuelle est ici plus complet, quoique moins pur

et moins dissocié. On constate, en effet, une légère hémiplégie droite, avec héli-asynergie, et une hélianopsie droite complète qui respecte la macula ; enfin, un certain degré d'aphasie de Wernicke. D'autre part, l'écriture est disséminée en tous sens ; la perte de l'identification des couleurs, l'agnosie géométrique, l'apraxie constructive, la « simultanagnosie », la paralysie psychique du regard sont manifestes ; il s'y joint des troubles de la représentation spatiale, des troubles de l'image corporelle ; le malade croyait n'avoir plus ses oreilles. Il s'agit assurément d'une lésion étendue du territoire cérébral postérieur gauche, qui empiète peut-être sur le corps calleux. Le syndrome ne s'est d'ailleurs réalisé qu'après deux ictus successifs.

Renseignements fournis par l'électro-encéphalographie dans l'épilepsie, par M. A. PLICHET.

M. A. Plichet rappelle que, depuis 1937, avec MM. Pagniez et Liverson, il a pu examiner, à l'aide de cette méthode, cinquante épileptiques. De l'ensemble de ces recherches, on peut dégager que deux ordres de phénomènes sont observés sur les électro-encéphalogrammes des épileptiques : 1° des phénomènes électriques transitoires paroxystiques ; 2° des manifestations permanentes du rythme α .

Les phénomènes paroxystiques, de formes diverses, doivent faire porter le diagnostic d'épilepsie quand ils existent sur un électro-encéphalogramme.

Les manifestations permanentes consistent en un ralentissement du rythme α . Il existe une certaine corrélation entre la lenteur des ondes et la gravité de la maladie. Les malades qui offrent des ondes ralenties présentent, pour la plupart, les crises les plus fréquentes, les plus violentes, les plus rebelles au traitement. Au contraire, les malades dont les électro-encéphalogrammes sont exempts d'ondes ralenties présentent des manifestations cliniques moins violentes, moins fréquentes, et bénéficient davantage de la thérapeutique sédatrice, aussi bien pour le grand mal que pour le petit mal.

Cette nouvelle méthode de recherches contribue donc au diagnostic et peut présenter un intérêt pronostique.

Sur un syndrome cérébelleux pur suivi de myoclonies rythmées oculo-palato-glosso-laryngées, par MM. J. LHERMITTE, RIBADEAU-DUMAS et J. SIGWALD.

Malade atteint, en 1938, d'un épisode infectieux aigu, accompagné de fièvre et de délire. Par la suite se développa un syndrome cérébelleux remarquablement pur, progressif et généralisé, avec phénomènes de passivité et hyperextensibilité des membres. Observé précédemment à la Salpêtrière, ce n'est qu'au bout de cinq ans qu'il a présenté des myoclonies vélo-pharyngées, rythmées à 148 par minute, et qui s'étendent au larynx et aux globes oculaires.

Affection dégénérative voisine de l'hérédo-ataxie cérébelleuse avec atteinte du neurone moteur périphérique, par MM. Mareel LELONG, Ivan BERTRAND et Jean LEREBOLLET.

Les auteurs présentent un second cas de cette curieuse affection dégénérative que caractérise l'association d'une dégénérescence des protoneurones mo-

teurs et des protoneurones sensitivo-sensoriels. Ce cas, suivi pendant cinq ans, fut caractérisé par un syndrome cérébelleux qui rappelait l'hérédo-ataxie cérébelleuse, et par l'association ultérieure d'une atrophie musculaire extensive, avec hyper-réflexivité et troubles bulbaires, rappelant la sclérose latérale amyotrophique. Cette amyotrophie domina rapidement le tableau clinique. Il existait, en outre, une chorioretinite pigmentaire et un syndrome vestibulaire très spécial, caractérisé par un blocage des yeux du côté de la secousse lente.

L'étude anatomique montra : 1° une dégénérescence extrêmement étendue de la plupart des fibres longues, avec atteinte de tous les protoneurones sensitivo-sensoriels et oculo-moteurs au niveau du tronc cérébral, la voie motrice étant seule respectée ; 2° une dégénérescence du neurone moteur périphérique, comme dans le premier cas observé par les auteurs ; 3° une atrophie lamellaire du cervelet.

Les auteurs rapprochent ce cas des autres affections dégénératives décrites dans le groupe de l'hérédo-ataxie, soulignent le caractère exceptionnel de l'association, au complexe dégénératif sensitivo-sensoriel observé dans ce groupe, d'une dégénérescence massive du neurone moteur périphérique.

A propos d'un cas d'hypertension artérielle à forme pseudo-tumorale.

Etude anatomo-clinique et électro-encéphalographique, par MM. Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jean-E. GRUNER.

Observation d'un syndrome pseudo-tumoral chez une femme de trente-huit ans atteinte d'hypertension artérielle. Troubles mentaux, apraxie, ataxie, abasie, catalepsie, associés à une stase papillaire, firent poser le diagnostic de tumeur du corps calleux et pratiquer une trépanation décompressive. L'autopsie montra l'absence de tumeur, l'existence de grosses lésions vasculaires, de lacunes multiples dans la protubérance et dans les noyaux gris centraux, avec foyers nécrotiques et réaction microgliale disséminée.

L'électro-encéphalographie n'aida pas au diagnostic, car elle montrait des ondes lentes généralisées, malgré l'absence d'œdème cérébral, et la prédominance des lésions sous-corticales.

Paralysie du moteur oculaire commun par engagement du lobe temporal, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et VILLEY.

Observation d'une malade qui présentait un syndrome d'hypertension intracrânienne et une paralysie du moteur oculaire commun droit : celle-ci n'était pas le fait de la tumeur elle-même (méningiome de la partie externe de la petite aile du sphénoïde), mais de l'engagement du lobe temporal. Si l'on n'était pas prévenu de cette éventualité, on risquerait de commettre une erreur de localisation, et de croire, par exemple, à une tumeur de la glande pinéale. La discrimination ne peut être établie avec certitude que par la ventriculographie.

Note sur certains aspects de crises toniques au cours des traumatismes cranio-cérébraux récents et graves, par MM. Raymond GARCIN et Jean GUILLAUME.

Analysant les divers aspects de crises toniques observés par eux au cours des traumatismes cranio-cérébraux, MM. Raymond Garcin et Jean Guillaume

soulignent combien il peut être difficile de distinguer les crises toniques postérieures, révélatrices d'un blocage postérieur, de certaines crises d'épilepsie tonique qui cessent après évacuation d'un hématome extra- ou sous-dural. Le début unilatéral de la crise tonique, l'existence de crises d'épilepsie tonique partielle vibratoire entre les grandes crises, l'existence parfois d'un syndrome focal plaident en faveur de l'hématome. Les auteurs ont, par ailleurs, noté, dans ces traumatismes graves, la provocation de certaines crises toniques par mobilisation passive ou excitation cutanée des membres entre les paroxysmes spontanés. S'agit-il d'épilepsie provoquée ou de réactions réflexes réalisant l'attitude de rigidité décérébrée, réactions dont l'hyperkinésie réflexe de Claude est un équivalent mineur ?

Quoi qu'il en soit, en présence de crises toniques et avant d'envisager une opération d'Ody ou de conclure à des lésions graves du tronc cérébral, il convient en pratique de toujours s'assurer par des trous de trépan explorateurs que les hémisphères ne sont pas comprimés par un hématome.

Séances spéciales du 10 juillet 1941

Présidence : M. E. VELTER, président

Deux séances spéciales ont été tenues le 10 juillet 1941 en remplacement de la *Réunion neurologique internationale annuelle*.

Ces deux séances ont été consacrées à l'exposé et à la discussion des rapports de M. ANDRÉ-THOMAS et de M. J. LHERMITTE sur les *troubles du schéma corporel*, et à l'exposé par M. L. ROUQUÈS de ses travaux sur les *complications nerveuses des leucémies* (Prix Charcot).

Des *communications diverses* furent ensuite entendues.

L'image de notre corps ou le schéma corporel.

PREMIER RAPPORT

A propos de l'image de notre corps, par M. ANDRÉ-THOMAS.

M. André-Thomas se demande si l'on peut, par une étude directe ou par des procédés indirects, se rendre compte de l'existence d'une telle image, de sa constitution, du mécanisme suivant lequel elle peut surgir ou être évoquée, du rôle qu'elle joue dans l'élaboration de divers facteurs physiologiques ou psychologiques.

Parmi les sensations élémentaires qui permettent de prendre connaissance des objets extérieurs, de l'espace, les unes sont proprioceptives et les autres extéroceptives. Notre corps est aussi un objet, c'est une surface, un volume, un poids, un organisme vivant et articulé, un mécanisme ; il est impossible

de faire état de mesures précises de ces divers éléments ; nous ignorons le poids de notre corps et de chacune de ses parties ; nous ne nous représentons qu'approximativement son volume, la position exacte de l'ensemble et de ses segments. Le corps est perçu somatiquement sous une forme analytique, visuellement sous une forme synthétique ; mais c'est beaucoup plus les rapports de l'espace avec notre propre corps que nous percevons plutôt que notre corps lui-même.

L'expérience acquise associe les afférences myo-artrocinétiques, visuelles, labyrinthiques, celles-ci apportant les impressions résultant de la position de la tête dans l'espace ; ces relations se resserrent plus intimement dans l'évolution progressive de l'activité motrice, dans les automatismes innés, d'habitude, depuis les plus circonscrits jusqu'aux plus compliqués. Ainsi se développe et se perfectionne l'aptitude motrice ; les afférences restent au-dessous du seuil de la conscience.

Les appareils somatiques qui renseignent sur les mouvements restent ignorés ; le mécanisme nous échappe ; les résultats de leur activité sont cependant bons. Bien que le poids du corps et de chaque fragment reste inconnu, le poids de divers objets peut être évalué. L'espace conçu uniquement d'après le somatogramme n'existe que chez l'aveugle-né ; le clairvoyant ne peut entrevoir ce qu'il est.

Quelle peut être l'image du corps avec des données aussi imprécises fournies par la perception ? On peut admettre avec Charcot que l'image somatique est très confuse ; le même auteur rappelle que les images motrices sont très rares dans les états de rêve. Personnellement, le rapporteur ne peut se libérer de l'image visuelle ; celle-ci manque elle-même de clarté, de personnalité, c'est presque l'image d'un corps passe-partout édifié au moyen de souvenirs visuels venant des autres corps auxquels s'ajoutent quelques réminiscences de soi-même.

Le signe de Romberg, chez les tabétiques comme chez les labyrinthiques, montre que la compensation qui leur permet de maintenir l'équilibre leur est fournie par la perception visuelle, non par l'image visuelle ou l'image somatique. La rééducation spontanée de beaucoup d'infirmités démontre qu'ils acquièrent des automatismes et des équilibres nouveaux tout en ignorant leur corps et son image ; les afférences proprioceptives interviennent à leur insu.

Parmi les observations anatomo-cliniques qui ont le plus contribué à étayer la doctrine de l'image de soi, celles de l'anosognosie de Anton-Babinski, réservée aux sujets atteints d'une hémiplegie gauche, sont les plus démonstratives. Les auteurs ont accordé une grande importance aux troubles sensitifs ; quoique habituelles, ni l'hémiplegie, ni l'hémianesthésie, ni l'hémianopsie gauches ne paraissent nécessaires. Outre la méconnaissance de l'existence de l'hémiplegie, le malade n'utilise pas ses membres gauches, les excitations sont transférées comme sensations sur la partie symétrique de l'autre membre (alloesthésie, allochirie) et dans ce cas la représentation du côté gauche ne doit pas être totalement abolie ; la main droite répond aux actes commandés à la main gauche, ou bien il y a confusion entre la main gauche et celle d'une autre personne ; le malade affirmera encore qu'il a levé la main gauche quand il a levé la main droite ; la main gauche exécute l'acte commandé si on fixe la main droite ; la main droite ne reconnaît pas le côté gauche paralysé et hémianesthésié, bien qu'elle se

dirige vers lui (notion de l'orientation gauche conservée) ; enfin l'existence de la main gauche est niée, bien qu'elle soit amenée dans le champ visuel ; le déficit corporel peut parfois ne porter que sur une partie de l'hémicorps gauche (Alajouanine et Thurel).

L'élément psychique est constant : persévération et obstination négative (Barré), négation de l'hémicorps gauche ; on peut envisager un trouble de la conscience morbide ; on a encore signalé l'euphorie, la moria, la tendance anxieuse et érotique ; le côté gauche paraît détaché du corps (Brancioni), il est comparé à un serpent, etc... En résumé, ignorance, indifférence, négation, importantes modifications affectives.

Les localisations habituelles sont dans l'hémisphère droit, la circonvolution pariétale inférieure, la 1^{re} fémorale, le gyrus supra-marginalis, la 2^e temporale, le gyrus angulaire, le pli courbe. Toutes les lésions de cette région, toutes les hémiplegies gauches ne donnent pas lieu au syndrome ; il peut manquer malgré des lésions considérables de l'hémisphère droit, malgré l'importance de l'anesthésie, de l'hémiplegie et de l'hémianopsie.

La priorité du côté droit, l'importance plus grande de l'hémisphère gauche dans les fonctions du langage et les processus psycho-émotifs qui lui sont annexés, la prééminence affective et sociale du côté droit doivent être pris en considération.

Les variabilités du retentissement affectif sur le côté droit et par conséquent sur les fonctions de l'hémisphère gauche varient avec le tempérament, l'humeur, le caractère, l'individu. La dyspraxie de la main gauche (Liepmann) confirme la tutelle exercée par l'hémisphère gauche sur le droit.

D'autre part, il est plausible d'imaginer qu'une lésion trop vaste de l'hémisphère droit n'exerce pas la même répercussion qu'une lésion moins vaste, la première faisant passer tout le contrôle des corps dans l'hémisphère gauche, la deuxième laissant survivre la fonction de l'hémisphère droit, mais faussement et défectueusement. Le syndrome de déficit corporel n'implique pas nécessairement la suppression de l'image du corps.

La persistance de la notion d'existence et de motricité d'un membre amputé a été attribuée par Weir Mitchell aux excitations parties du moignon, par Lhermitte à un processus psychique dans lequel s'intègrent les structures des excitations périphériques et les systèmes des centres encéphalo-médullaires ; elle est éclaircie par la notion de l'image de notre corps. Il faut tenir compte du trouble survenu dans l'ensemble des afférences qui prennent leur origine dans le segment amputé, du traumatisme moral et social ressenti par l'amputé avec son caractère, son tempérament, son affectivité, son besoin d'activité. Les afférences normales sont remplacées par des sensations nouvelles, les automatismes sont transformés. Les membres fantômes s'effacent avec le temps, la reprise d'une vie plus active, la dérivation de l'attention, les modifications de l'affectivité. Les prédispositions expliquent les représentations plus nettement psychopathiques qui ne portent pas exclusivement sur le membre amputé, ce qui laisse des doutes sur l'importance de la notion de l'image du corps.

L'image de notre corps, le schéma corporel sont des expressions assez mal choisies, puisque, dit le rapporteur, l'image de notre corps est confuse et incertaine, puisque le schéma est une figure simplifiée qui représente les relations et la fonction d'un objet. De cette image, nous n'avons pas conscience ; M. Lhermitte reconnaît d'ailleurs qu'elle est enténébrée d'incons-

cient, qu'elle se place à la frange de la conscience. Il est excessif d'affirmer que les images conscientes de notre corps sont indispensables à l'exécution de l'acte. N'existe-t-il pas des automatismes qui s'imposent comme dépourvus de toute représentation visuelle ou tactile ? L'homme commande et dirige des mécanismes qu'il ignore complètement. L'image du corps, si image il y a, n'est pas une image simple ; elle ne suffit pas à l'automatisme, il lui faut des afférences présentes. Le propre d'une image est d'être évoquée sans aucune afférence concomitante de l'objet qu'elle représente.

DEUXIÈME RAPPORT

De l'image corporelle, par M. J. LHERMITTE.

Par ce terme, il faut entendre le sentiment, la notion, l'image actuelle que nous prenons de notre corporalité et du souvenir que cette image laisse dans notre esprit. Ainsi, l'image de notre corps se spécifie par une présentation et une représentation. Cette idée de l'image de notre corps, une simple démarche d'introspection nous en assure la réalité ; mais sa vivacité apparaît encore plus saisissante en pathologie. L'analyse de cette image nous conduit à admettre que son fondement est assuré par des impressions tactiles, proprio- et entéroceptives, labyrinthiques et visuelles. Pour le voyant, le sentiment de notre corporalité se double toujours d'une image visuelle, mais celle-ci n'est pas exclusive des images fournies par les autres sens.

L'image corporelle se trouve, on le devine, très modifiée par les variations des excitations périphériques et, singulièrement, par celles qui portent sur le labyrinthe.

Grâce à la notion de l'image corporelle, nous pouvons aujourd'hui comprendre la célèbre expérience d'Aristote et toutes celles dont celle-ci fut l'initiatrice et que J. Tastevin réalisa. Avec cet auteur, l'on peut dire que les modifications artificielles que l'on fait subir aux articles ne sont point suivies de changements parallèles de l'image corporelle, ce qui affirme bien la différence qui existe entre une sensation et une perception sensible, cette dernière devant être inscrite dans le schéma corporel.

Une des plus belles illustrations de notre image tient dans les membres fantômes, lesquels peuvent apparaître non seulement chez tout amputé, mais aussi chez les sujets dont les plexus, les racines rachidiennes, la moelle ont été divisés. Observons que ces membres fantômes n'ont rien d'un schéma, que le fantôme apparaît pourvu de tous les attributs de l'image, en d'autres termes que le fantôme donne l'illusion complète d'un membre réel ; d'autre part, nombre des particularités du fantôme ne peuvent nullement être expliquées par l'ancienne théorie cartésienne de l'excitation des extrémités des nerfs sectionnés ; il s'agit ici de toute évidence d'un phénomène psycho-physiologique, mais dans lequel prédominent, de loin, les éléments psychologiques.

Des membres fantômes analogues aux précédents peuvent aussi survenir au cours des lésions cérébrales en foyer ou encore comme témoignage d'une crise épileptique. Si les processus morbides encéphaliques peuvent créer des membres illusionnels, ils sont aussi capables de mutiler notre image corporelle plus ou moins profondément ; c'est ce que l'on observe généra-

lement dans le syndrome d'Anton-Babinski : l'anosognosie ; ici, l'hémiasomatognosie semble conditionner la méconnaissance par le malade de son hémiplégie. Bien qu'il faille se garder d'imaginer un centre où seraient emmagasinés les éléments de l'image corporelle, les faits montrent que la partie la plus sensible du vaste dispositif anatomique qui sous-tend cette image se trouve dans la région pariétale inférieure et le gyrus supramarginal.

Si l'image corporelle peut être amputée d'une de ses parties, elle peut subir une éclipse complète, une dissolution générale. Les cas d'asomatognosie complète en témoignent. Ainsi qu'on le devine, les modifications pathologiques de notre image ne peuvent pas ne pas retentir sur notre activité motrice, M. Lhermitte et ses collaborateurs ont décrit une variété d'apraxie dont la condition fondamentale pouvait être trouvée dans la dissolution du schéma ou du modèle corporel et surtout dans la rupture des relations qui unissent les représentations visuelles et les représentations sensorio-motrices, rupture qui entraîne un bouleversement de la pensée de l'espace.

Après avoir décrit les distorsions bizarres de l'image corporelle qu'entraînent les intoxications, le rapporteur étudie l'émancipation de cette image qui se traduit par l'hallucination autoscopique, ou plus correctement par l'héautoscopie ou vision spéculaire. Ce qui caractérise le mieux l'héautoscopie et la différencie de l'hallucination visuelle figurée, c'est que le malade non seulement croit voir devant ses yeux surpris l'image-copie de sa corporalité, mais qu'il prête à cette image tous les attributs psychologiques de sa propre personne. Ce que le patient voit, ce n'est pas uniquement une image plus ou moins exacte dans le détail de sa personnalité physique, mais c'est lui-même, semble-t-il, avec ses sentiments, ses passions ; le moi, peut-on dire, s'est séparé du sujet et apparaît projeté dans la figure hallucinatoire. Le phénomène si curieux de l'héautoscopie a été souvent observé chez les sujets sains d'esprit, et nombre de grands esprits, littérateurs, artistes, poètes, en ont été l'objet : Goethe, Hoffmann, Musset, Maupassant, Dostoïewsky, d'Annunzio, pour n'en citer que quelques-uns. Mais plus intéressants encore se montrent les faits d'héautoscopie dans les états morbides ; on peut les observer à la suite de lésions focales de l'encéphale, à la phase initiale ou terminale des paroxysmes épileptiques et, plus souvent encore, comme conséquence d'une intoxication ou d'une infection : fièvre typhoïde, grippe, typhus ; il semble même que cette dernière maladie entraîne plus qu'aucune autre l'héautoscopie, peut-être parce que le typhus s'accompagne volontiers de perturbations de l'appareil vestibulaire.

Le rapporteur envisage ensuite le problème du double et expose comment l'héautoscopie du rêve peut être l'origine de la conviction délirante de dédoublement et de la perversion démoniaque. C'est probablement grâce à des faits analogues à ceux que rapporte l'auteur que s'est édifié le mythe du double, image tissée de matière et d'esprit, décalque de notre personnalité, que l'on retrouve dans tant de religions primitives.

On voit que la notion de l'image corporelle apporte en neuropathologie une lumière nouvelle et éclaircit bien des points demeurés obscurs ; sans l'idée de cette image corporelle présente et capable de revivre comme toute image-souvenir, nous ne pouvons comprendre ni les faits d'héautoscopie ni le fantôme des amputés, ni l'anosognosie, ni l'asomatognosie. On peut

affirmer que l'introduction de l'image du corps en neuropsychiatrie marque un progrès.

Une intéressante discussion suivit, à laquelle prirent part MM. R. Garcin, Thurel, Delay, Bourguignon, Tournay, André-Thomas. Lhermitte.

Les complications nerveuses des leucémies (Exposé des travaux du Prix Charcot), par M. Lucien Rouquès.

Dans cet intéressant exposé de ses travaux (Prix Charcot), M. Lucien Rouquès montre que les complications nerveuses des leucémies, dont il serait artificiel de séparer celles des chloromes, sont certainement moins rares qu'on le pense communément. Le terme qui tend à être adopté de syndrome neuro-leucémique est à rejeter, car il risque de faire croire, par analogie avec celui de syndrome neuro-anémique, qu'il correspond à un tableau clinique déterminé, ce qui n'est pas. Ces complications sont en effet polymorphes, ce qui tient aux types variés des lésions et à leur siège possible en n'importe quel point du système nerveux. Il faut insister sur la grande fréquence d'altérations anatomiques sans traduction clinique. Assez schématiquement, on peut distinguer des infiltrats simples, des infiltrats à forme tumorale, des hémorragies, des lésions dégénératives, souvent intriqués.

Infiltrats simples. — Les uns, sans rapport avec les vaisseaux, forment une infiltration diffuse ou des amas plus ou moins conglomérés ; d'autres, plus fréquents, ont une disposition périvasculaire et très souvent les vaisseaux sont dilatés et bourrés de globules blancs, aspect qui ne correspond dans la grande majorité des cas qu'à une stase leucocytaire et non à une thrombose. Les infiltrats sont presque constants, si l'on prend soin d'examiner tout le névraxe et ses enveloppes ; il n'est pas certain qu'ils aient une traduction clinique et qu'en particulier ils soient responsables de manifestations qu'on leur a attribuées, comme les signes diffus et d'ailleurs banaux de la période terminale, l'épilepsie, les signes cérébelleux ou le diabète insipide, dont on a rapporté quelques cas.

C'est surtout à propos des atteintes des nerfs que le rôle des infiltrats doit être discuté. L'atteinte des nerfs crâniens n'est pas exceptionnelle, surtout dans les leucémies aiguës ; les paralysies oculo-motrices, les paralysies faciales sont les plus fréquentes et souvent bilatérales ; une diplégie faciale périphérique sans cause apparente doit toujours faire penser à la possibilité d'une leucémie. Si toutes les atteintes des nerfs crâniens (celles des chloromes qui relèvent d'une compression simple étant mises à part) ne coexistent pas avec un infiltrat, cette constatation reste néanmoins la règle, mais il semble que les symptômes n'apparaissent que lorsqu'aux infiltrats se surajoutent des lésions des noyaux, des racines ou des nerfs, lésions qui sont probablement la conséquence mécanique de ces infiltrats. Les paralysies des nerfs rachidiens sont exceptionnelles ; il existe quelques observations de polynévrite, mais aucune n'est complètement étudiée du point de vue anatomique et l'hypothèse de lésions médullaires n'est pas à rejeter.

Les infiltrats des méninges sont fréquents ; peut-être, comme dans un cas du rapporteur, sont-ils susceptibles de laisser, par leur régression, des fibro-

ses localisées ; ils n'ont pas de signes et il n'y a pas, à cliniquement parler, de méningite leucémique. L'hypercytose du liquide céphalo-rachidien, à cellules mûres, observée dans quelques cas, est la seule traduction *in vivo* des infiltrats ; l'hyperalbuminose peut l'accompagner, en dehors de toute compression, et dépend sans doute de la congestion des vaisseaux.

Infiltrats à forme tumorale. — Absolument exceptionnels dans le tissu nerveux, ils siègent dans les méninges, le tissu sous-dural ou les os. Ceux de la région crânienne sont un symptôme habituel des chloromes ; ils peuvent par leur multiplicité donner des symptômes trompeurs ; un exemple personnel en est donné par le rapporteur. On ne connaît que deux cas vérifiés de ces infiltrats dans les leucémies ; il faut noter qu'au cours de ces affections, la compression cérébrale, tout en étant réelle, peut dépendre d'une pachyméningite hémorragique et, d'autre part, que des modifications analogues à la stase papillaire existent chez les leucémiques en dehors de toute hypertension intra-crânienne.

Les infiltrats rachidiens à forme tumorale sont un peu moins rares (8 cas dans la leucémie myéloïde, 5 dans la leucémie aiguë, 1 dans la leucémie lymphoïde, 16 dans le chlorome). Ils se traduisent en général par des douleurs dorsales radiculaires que suit rapidement une paraplégie flasque s'installant dans la règle en quelques heures et s'accompagnant de troubles plus ou moins complets de la sensibilité, de troubles sphinctériens et souvent d'escarres ; le rachis reste normal radiographiquement, le syndrome liquidien est banal, l'hypercytose n'a été rencontrée que dans quatre cas et dans deux elle était à myélocytes. Aucune nuance de séméiologie nerveuse ne permet le diagnostic étiologique, qui n'est possible que par un examen complet, avec, au moindre doute, une ponction sternale que nécessite la fréquence relative des cryptoleucémies. L'évolution est rapidement fatale, dépassant rarement quatre mois après les premières douleurs ; la rachithérapie n'a qu'une efficacité de détail ; elle ne saurait d'ailleurs, ni entraver l'évolution d'une leucémie souvent aiguë ou en transformation aiguë, ni remédier aux lésions malaciques graves que déterminent ces infiltrats épiduraux très étendus en épaisseur et surtout en hauteur. Des examens systématiques permettraient probablement de dépister ces infiltrats avant la constitution des lésions médullaires définitives.

La compression isolée des racines, des plexus ou des nerfs n'a été signalée que dans trois cas vérifiés.

Hémorragies. — Elles ne s'observent guère qu'au niveau de l'encéphale et des méninges ; elles sont plus fréquentes dans les leucémies aiguës et s'observent surtout chez des sujets jeunes ; elles se distinguent des hémorragies apoplectiques par leur siège possible en n'importe quel point, sans prédominance pour les zones d'élection, et par leur multiplicité habituelle, une série de petites hémorragies accompagnant généralement les gros foyers et pouvant même exister seules. La symptomatologie est banale ; elles peuvent être très précoces dans les leucémies aiguës, avant que l'affection soit reconnue ; cette éventualité n'est pas rare chez l'enfant jeune où l'apparition d'une hémorragie cérébrale ou méningée doit faire pratiquer l'examen du sang.

L'histogénèse des hémorragies nerveuses leucémiques pose des problèmes difficiles : rapports histologiques des hémorragies et des infiltrats, pathogénie des hémorragies, réactions du tissu nerveux aux hémorragies. Le rap-

porteur en expose les données et montre qu'aucune solution ne peut encore être donnée ; en particulier, on n'a pas étudié la résorption du sang épanché et des éléments nerveux mécaniquement touchés, qui s'effectue peut-être suivant des modalités spéciales chez les leucémiques, l'importance de la leucocytose ne rendant plus négligeables les ferments leucocytaires ; les recherches expérimentales du rapporteur ne lui permettant pas encore de conclusions quant au bien ou au mal fondé de cette hypothèse.

Lésions dégénératives. — Cette épithète, qui n'a été conservée que par commodité, s'applique à des lésions polymorphes. On a signalé dans le cerveau, des altérations des cellules et des fibres, la prolifération de la macro, de l'oligodendro ou de la microglie, coexistant ou non avec l'œdème cérébral ; leur fréquence et leur traduction clinique restent à fixer ; elles prédominent au voisinage des hémorragies et des infiltrats mais ceux-ci ne semblent pas en être une condition nécessaire.

Il n'existe pas de cas démonstratif de myélite leucémique ; lorsqu'une compression n'intervient pas, les paraplégies généralement flasques à début plus ou moins rapide, avec ou sans troubles sensitifs et sphinctériens, relèvent non d'une myélite, mais de gros ramollissements ou de multiples petites malacies. Des lésions dégénératives des cellules et des fibres, celles-ci en flots, dont l'origine vasculaire est probable, expliquent sans doute certaines au moins des manifestations dites polynévritiques et les soi-disant scléroses combinées.

L'existence de scléroses combinées leucémiques est admise par des auteurs qui n'y voient que des syndromes neuro-anémiques chez des leucémiques ; cette conception pathogénique est insoutenable et, sur la question de fait, il faut reconnaître que les quelques observations récentes sont purement cliniques et qu'aucune des observations classiques n'est valable. Sur vingt leucémiques, malgré des examens minutieux et des épreuves d'hyperpnée, le rapporteur n'a trouvé que deux fois des symptômes discrets pouvant relever d'une lésion combinée ; mais l'examen anatomique n'ayant pas été fait, l'origine des symptômes ne peut être affirmée. Sans nier absolument la possibilité de manifestations de dégénérescence combinée subaiguë au cours des leucémies, le rapporteur admet avec Weil et Davison, Critchley et Greenfield, Bodechtel, qu'elle est très discutable et que ces manifestations sont à tout le moins exceptionnelles.

COMMUNICATIONS DIVERSES

A propos d'un cas d'hyperostose frontale interne (syndrome de Morgagni), par M. GIROIRE (de Nantes).

Observation d'une femme de 58 ans qui, après ménopause chirurgicale, a présenté des céphalées, quelques troubles psychiques (asthénie, irritabilité, anxiété) et une obésité de type rhizomélisque et médiane du corps, sans signes neurologiques ni signes oculaires. La radiographie montre une image typique d'hyperostose frontale interne associée à un ballonnement de la selle turcique faisant penser à un adénome chromophile. Cette association d'une tumeur hypophysaire et d'un syndrome de Morgagni qui a déjà été signalée semble en faveur de l'hypothèse qui fait jouer un rôle au com-

plexe infundibulo-tubéro-hypophysaire dans la pathogénie de l'hyperostose frontale interne.

Sur l'autonomie du syndrome dit de l'hyperostose frontale interne de F. Morel, par M. et M^{me} MOLLARET et M. LE BEAU.

Ces auteurs rapportent l'observation d'une femme de 60 ans ayant depuis sept ans des céphalées, une névrite optique, des troubles de la mémoire et des troubles du caractère, des crises épileptiques, une calvitie, mais pas d'adipose. La radiographie montra une image typique d'hyperostose frontale interne et la ventriculographie un processus d'atrophie corticale. Une trépanation faite, il y a quatre ans, a mis en évidence une atteinte régionale osseuse, dure-mérienne et parenchymateuse ; le processus n'a pas évolué depuis.

Le traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale, par MM. LHERMITTE et GUILLAUME.

Ces auteurs rapportent deux cas d'hémorragie cérébrale d'évolution progressive chez des hypertendus artériels, opérés dans un état très grave : trépanation agrandie à la pince-rouge, excision des circonvolutions, évacuation du caillot et de la sérosité sanglante ; les résultats ont été rapides et bons. Seuls, les hématomes cérébraux, c'est-à-dire les foyers liés à une rupture vasculaire, sont justiciables de l'intervention. Parmi les signes qui peuvent guider le diagnostic, figurent la céphalée toujours vive, la raideur de la nuque, les signes d'hypertension intra-cranienne (dilatation des veines rétinienne et œdème des papilles).

Sur le phénomène de l'inversion des réflexes ostéo-tendineux, par M. MOLLARET et M^{lle} GILLOT.

Présentation d'une malade atteinte d'un processus radiculo-médullaire ayant fait discuter une compression et présentant une double inversion des réflexes tendineux ; le réflexe cubito-pronateur est remplacé par une réponse du triceps brachial et le radio-pronateur ne donne qu'une flexion des doigts. Il n'y a pas à distinguer les inversions vraies des pseudo-inversions ; toutes deux traduisent les synergies normales entre des réponses majeure et mineure couplées par l'égalité des chronaxies correspondantes. L'inversion signe une lésion fine intra-médullo-radulaire et va à l'encontre de l'hypothèse d'une compression intrinsèque.

M. Bourquignon rappelle que tout réflexe est la réponse d'un groupe de muscles ayant la même chronaxie que les fibres sensitives innervant le tendon excité, au moins pour la chronaxie sensitive de choc. Cette loi s'applique aux réflexes pathologiques comme aux réflexes normaux ; dans le cas rapporté, elle est vérifiée par l'étude des chronaxies.

Vingt-cinq cas de hernie méniscale observés à la Clinique neuro-psychiatrique de Bordeaux, par M. DELMAS-MARSALET.

M. Delmas-Marsalet présente les radiographies de quatorze cas de hernie méniscale latérale simple, six cas de hernie double, cinq cas de hernie étagée. Dans quatre cas, la laminectomie a permis de noter un œdème plus ou moins important et de la périurite, celle-ci pressentie d'après l'aspect radiographique ; le nucléus a été enlevé dans trois cas ; dans tous, la guérison complète est survenue. Huit malades ont été traités par radiothérapie très pénétrante à forte dose à hauteur de l'image lipiodolée anormale ; tous, sauf un, ont présenté une amélioration notable ou une guérison totale ; les aspects lipiodolés, dans les cas d'amélioration post-radiothérapique, ont subi par rapport aux images pré-thérapeutiques des modifications très nettes.

Les atrophies musculaires d'origine pariétale, par M. P. DELMAS-MARSALET.

M. Delmas-Marsalet rapporte trois observations d'atrophies musculaires d'origine pariétale, dont deux par blessure de guerre ; l'atrophie coexistait avec un syndrome sensitif cortical comprenant surtout l'amorphognosie et l'astéréognosie et s'est améliorée dans la même mesure que les troubles sensitifs. L'auteur n'a trouvé aucune proportionnalité entre l'atrophie et le trouble pyramidal ; il pense que l'atrophie doit être envisagée comme une atrophie fonctionnelle liée à la perte du toucher actif au sens de Dana, envisagé comme une fonction de reconnaissance des objets par le palper.

Cholestéatome du cervelet, par MM. ROGER, ARNAUD, PAILLAS et DALMAS.

Observation d'un homme de 49 ans qui présentait des vertiges, des céphalées, puis un syndrome cérébelleux gauche et des signes d'atteinte des V^e, VII^e et VIII^e gauches avec atrophie papillaire à bords flous. L'opération montre un volumineux cholestéatome du lobe gauche du cervelet, qui fut extirpé en presque totalité avec un bon résultat.

Méningomyélites nécrotiques aiguës lombaires après injection rachidienne de sulfapyridine (693), par MM. ROGER, CORNIL et PAILLAS,

Dans la moitié des cas où cette voie a été utilisée, les auteurs ont observé des accidents, soit mineurs (rétention et troubles moteurs passagers), soit majeurs : paraplégies flasques avec anesthésie, troubles sphinctériens et escarres ; deux malades sur huit ayant présenté une paraplégie flasque ont pu récupérer une certaine mobilité ; trois des autres malades sont morts entre le 4^e et le 6^e mois et les trois derniers, perdus de vue, sont sans doute morts aussi. Les lésions ont une prédominance sur la queue de cheval et la moelle lombo-sacrée ; elles ont le type d'une méningomyélite nécrotique.

Société de Médecine Mentale de Belgique
Société Belge de Neurologie
 et
Groupe Belge d'Etudes
Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance commune du 28 juin 1941

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

Ophtalmoplégies bilatérales progressives à évolution lente avec atteinte de plusieurs autres nerfs crâniens et polyradiculonévrites accompagnées de dissociation albumino-cytologique, par M^{me} Louis BAR et MM. PUISSANT et DEBRÉE.

Présentation d'un homme de 33 ans qui était atteint depuis l'âge de 13 ans d'une certaine fixité du regard avec ptosis, et chez lequel on vit se développer par la suite un syndrome complexe caractérisé par des troubles de la démarche, de la faiblesse musculaire avec atrophies au niveau des membres inférieurs, affaiblissement des réflexes tendineux, légère dysmétrie, diminution de l'ouïe, troubles de la déglutition, paralysie des nerfs des III^e, IV^e et V^e paires, troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité, rétinite pigmentaire, dissociation albumino-cytologique. Il s'agit d'une maladie évolutive développée sur un terrain hérédodégénératif et caractérisée par une ophtalmoplégie nucléaire progressive avec polyradiculonévrite terminale.

Un cas de causalgie de guerre ; étude clinique et thérapeutique,
 par M. DESCAMP.

Une blessure banale de l'avant-bras gauche fut suivie, après un mois, de sensations de cuisson dans la main, puis de troubles vaso-moteurs avec atrophies musculaires et modification de la peau, variations de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique. Le malade qui était très émotif et présentait un psychisme particulier fut progressivement amélioré par des infiltrations successives du ganglion stellaire gauche. Les symptômes objectifs disparurent les premiers ; l'impotence persista pendant un certain temps puis finit par disparaître à son tour et le malade put reprendre son travail. La diminution de l'indice oscillométrique au bras malade s'est maintenue après la guérison.

**Considérations sémiologiques dans les traumatismes des nerfs
périphériques, par MM. MAGE et MARTIN.**

Les auteurs rapportent les résultats de leurs observations dans 100 cas de blessures des nerfs périphériques, dont l'évolution fut suivie par diverses méthodes et par l'exploration électro-physiologique. Dans certains cas, des greffes de moelle de chat mesurant jusqu'à 15 centimètres de long furent pratiquées. La succession des signes de récupération est parfois variable, et la précession des modifications électriques sur la récupération motrice volontaire n'est pas une règle absolue.

Les épreuves de sudation par la réaction colorée de l'iode et de l'amidon montrent notamment que l'absence de sudation dans la zone d'anesthésie tactile du début persiste longtemps.

**Considérations chirurgicales sur les plaies des nerfs,
par MM. MARTIN et HOWET.**

Les auteurs comparent les résultats obtenus pendant la guerre de 1914-18 et celle de 1940, et montrent qu'il existe de grandes discordances dans les statistiques. Ils discutent la valeur des diverses méthodes d'après les données de la littérature et d'après leur expérience personnelle, et terminent par la présentation de trois malades : un cas de récupération spontanée dans une fracture comminutive de l'humérus, un cas de suture du radial dans une plaie profonde du bras, et un cas de plaie du sciatique traitée par l'ionisation iodurée.

**L'association des lésions vasculaires aux lésions des nerfs
périphériques, par MM. FLAMAND et MARTIN.**

Relation de divers cas qui démontrent la différence d'aspect entre la symptomatologie initiale et l'évolution post-opératoire selon que la lésion nerveuse s'accompagne ou non de lésions vasculaires graves. Lorsque celles-ci font défaut, les troubles trophiques sont beaucoup moins marqués et la récupération est plus rapide.

J. LEY.

**Société de Médecine mentale de Belgique
et Société Belge de Neurologie**

Séance commune du 26 juillet 1941

Présidence : M. LEROY, président

Paralysie périodique, par MM. de HAENE et RADERMECKER.

Un malade de 35 ans présente depuis 5 ans des crises de paralysie survenant sans prodrome toutes les trois semaines environ et durant chaque fois quelques jours. Les troubles moteurs intéressent les quatre membres et la nuque ; ils s'étendent parfois même à la musculature faciale. Dans l'intervalle des crises, l'examen neurologique ne révèle qu'un affaiblissement rotulien et achilléen gauches. Les examens électriques montrent du galvanotonus et une modification des chronaxies symptomatiques d'un début de dégénérescence partielle des muscles des extrémités des membres. Les analyses de laboratoire ont donné des résultats négatifs (sauf une légère hyperalbuminorachie de 0 gr. 40 0/00).

Les auteurs ont réussi à déclencher des crises de paralysie en administrant à leur sujet 50 grammes de sucre. Ils ont observé à l'approche de la crise une diminution constante du taux de potassium sanguin. Ils ont alors prescrit avec succès du KCl à la dose de 12 grammes par jour. Dix mois après le début de ce traitement, aucune crise n'est plus survenue et l'examen électrique ne révèle plus qu'une lenteur de la contraction de quelques petits muscles distaux des membres.

**Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'impression basilaire
et de l'assimilation de l'atlas, par M. de REYMAECKER.**

L'auteur rapporte une observation anatomo-clinique très fouillée d'un cas d'impression basilaire, et présente un second malade atteint de la même affection. Il s'agit de deux débiles mentaux dont le tableau clinique se caractérise par la triade symptomatique : brièveté du cou, syndrome cérébelleux statique et syndrome bulbo-protubérantiel. Dans le second cas, l'examen radiographique montre le soulèvement de la lame basilaire, la soudure de l'arc postérieur de l'atlas à l'écaille occipitale, la surélévation de l'apophyse odontôïde, la soudure des apophyses épineuses de C₃ et de C₄, avec spina bifida au niveau de C₅. L'autopsie du premier cas, qui fut pris d'abord pour une syringobulbie, montra une déformation de la base

du crâne avec coudure du bulbe, sclérose gliale diffuse avec raréfactions cellulaires et zones de nécrose dans le bulbe et le cervelet.

L'auteur fait une mise au point très complexe de la séméiologie de cette affection rare, d'après les cas publiés dans la littérature. Il s'agit probablement d'une malformation osseuse congénitale, dont la cause première est encore inconnue. Les hypothèses qui ont été proposées pour l'expliquer (trouble thyroïdien, hydrocéphalie, ostéomalacie ou rachitisme localisé) ne paraissent pas convaincantes. Le traitement chirurgical paraît être le seul dont on puisse attendre un résultat.

Ramollissement préfrontal, par M. KLEYNTJENS.

À la suite d'un ictus apoplectique, une femme de 55 ans présente un syndrome préfrontal caractérisé par de la somnolence, des troubles de l'orientation et de l'attention volontaire, de l'hypotonie et de la préhension forcée. Il y avait aréflexie tendineuse malgré l'absence de signes d'hypertension intra-cranienne généralisée. L'autopsie montra un ramollissement hémorragique intéressant le lobe préfrontal gauche et s'étendant jusqu'au corps calleux.

Les réactions pilomotrices chez le macaque, par M. ECTORS.

Après avoir rappelé en quelques mots la topographie chez l'homme des voies centrales et périphériques du réflexe pilo-moteur et le déclenchement de celui-ci par une stimulation thermique, locale ou généralisée, ou par une excitation psycho-affective, l'auteur rapporte les résultats de ses observations personnelles chez le chat et le macaque. Sa technique consiste à stimuler les centres thalamiques après avoir pratiqué une hémidécérébration mettant à nu la paroi du 3^e ventricule. Il constate ainsi que l'excitation de l'hypothalamus antérieur est sans action, alors que celui de l'hypothalamus postérieur provoque une horripilation qui demeure strictement homolatérale. La section unilatérale du pédoncule cérébral au niveau du noyau rouge abolit cette réponse.

L'auteur compare ensuite le comportement de singes dont les uns ont subi une hémidécérébration totale, et dont les autres ont conservé intact l'hypothalamus postérieur, même du côté de l'intervention. Tous ces animaux manifestent les mêmes troubles sensitifs et moteurs, mais les premiers n'ont plus de réaction pilo-motrice alors que les seconds en ont conservé une.

De ces expériences d'excitation et d'extirpation, l'auteur conclut à l'existence dans l'hypothalamus postérieur d'un centre des réactions pilo-motrices ; ces résultats, obtenus par une méthode physiologique, confirment donc les données anatomiques récentes de Laruelle. Les recherches poursuivies chez des animaux hémidécérébrés établissent aussi que les réflexes pilo-moteurs, bien qu'ils aient souvent une origine psycho-affective, peuvent se manifester en dehors de toute activité corticale. Enfin le réflexe pilo-moteur est toujours strictement homolatéral, non seulement dans l'étage médullaire ainsi que l'avait déjà affirmé André-Thomas, mais également dans les parties plus élevées du névraxe.

En ce qui concerne le problème de la thermorégulation, l'auteur souligne l'importance de l'hypothalamus : les centres hypothalamiques postérieurs en particulier, grâce au réflexe pilo-moteur, assurent le maintien d'une température normale par un double mécanisme, à la fois thermogénétique et thermolytique.

Deux cas d'encéphalo-myélite malarique dans la même famille,
par M. VAN LAERE.

L'auteur rapporte les observations d'une mère et de son fils, tous deux débiles mentaux, chez lesquels des troubles neuro-psychiques graves, apparurent au cours de l'évolution d'une fièvre tierce bénigne. Le fils ayant succombé à une paralysie bulbaire aiguë, le système nerveux fut soigneusement examiné : leptoméningite, hyperémie, infiltrations lymphocytaires, hémorragies périvasculaires, zones de nécrose sous-ventriculaires.

Bien que les hématozoaires n'aient pu être mis en évidence au niveau de l'encéphale, l'auteur croit pouvoir affirmer l'origine malarique des troubles neuro-psychiques en raison surtout des caractères du tableau histologique.

La hernie postérieure du ménisque intervertébral lombaire
et le syndrome de sciatique haute, par M. VAN LAERE.

Après avoir rapporté une douzaine de cas personnels, l'auteur fait une excellente mise au point de cette affection assez fréquente, mais rarement diagnostiquée. Il en décrit l'étiologie, les caractères séméiologiques et les diverses variétés cliniques. Il insiste sur la valeur diagnostique des examens radiologiques, et discute les méthodes de traitement qui sont surtout d'ordre chirurgical.

J. LEV.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

95^e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie

Malévoz-Monthey (14-15 juin 1941)

L'Assemblée de printemps de la *Société Suisse de psychiatrie* réunit à *Malévoz-Monthey* (Valais), les 14 et 15 juin 1941, un grand nombre d'adhérents, sous la *présidence* du Professeur H. STECK, Directeur de l'établissement psychiatrique de Céry-sur-Lausanne, assisté du D^r O. BRINER (de Zurich), *secrétaire* de la Société, et du D^r André REPOND médecin-directeur de la Maison de Santé de Malévoz, qui fit à la Société Suisse de psychiatrie, un généreux accueil dans le cadre admirable de cet établissement modèle.

La séance inaugurale s'ouvrit par l'*allocution* de bienvenue du *président*, le Professeur H. STECK, et la lecture de notices nécrologiques sur le D^r E. FANKHAUSER, par le Professeur J. KLAESI (de Berne), le D^r V. HAEBERLIN, par le D^r H. SCHILLER (de Rapperswil), le D^r O. HINRICHSSEN, par le D^r M. DECURTINS (de St-Urban), et le D^r K. IMBODEN.

Le 14 juin, un dîner réunit à la Maison de Santé de Malévoz les assistants à cette réunion, dîner auquel prirent la parole avec le Professeur H. STECK, président, M. le Conseiller d'Etat Oscar DE CHASTENAY, de Sion, et M. Maurice DELACOSTE, président de la commune de Monthey.

Le D^r René CHARPENTIER répondit avec une vive émotion, en remerciant nos amis suisses non seulement des souhaits de bienvenue et des paroles affectueuses prononcées tant à son égard qu'à l'égard de ses compatriotes, mais de toutes les marques de sympathie agissante et de charitable dévouement de la part de toutes les classes de la population et dont il était en territoire suisse le témoin très reconnaissant.

An cours des *séances* furent exposés et discutés un grand nombre de travaux parmi lesquels nous citerons les suivants,

Les problèmes scientifiques et pratiques communs à la Psychiatrie, à l'Hygiène mentale et à la Prévoyance en faveur des infirmes et des anormaux, par le Dr A. REPOUD.

Il existe, en Suisse, une association très importante, portant le nom de « *Pro Infirmis* », et qui groupe sous son égide tous les instituts, les établissements, les sociétés de patronage, les sociétés de secours en faveur des infirmes et anormaux.

Ces catégories de déficients comprennent :

- 1) les arriérés mentaux de tous les degrés ;
- 2) les épileptiques ;
- 3) les enfants difficiles, dissociaux, délinquants ;
- 4) les sourds et sourds-muets ;
- 5) les aveugles et très faibles de vue ;
- 6) les estropiés, infirmes, etc...

Le nombre de ces établissements, sociétés, etc..., est considérable : il existe, par exemple, 120 établissements consacrés aux soins des enfants difficiles, et 55 pour l'hospitalisation des arriérés mentaux de toutes catégories. Or, la contribution de la psychiatrie suisse à la prophylaxie de ces anomalies, à leur traitement, ainsi qu'à la prévoyance en leur faveur, est encore minime. Ce n'est que dans 6 établissements hospitalisant des arriérés mentaux, sur 55, qu'un contrôle psychiatrique plus ou moins régulier est exercé ; et ce n'est que dans 9 établissements, sur 120, destinés à la rééducation des enfants difficiles que les sujets en sont examinés, mais non traités, par un psychiatre.

Le rapporteur étudie les causes de cette carence de la psychiatrie suisse en présence de tâches aussi importantes à tous égards. Il étudie enfin les moyens de modifier cet état de choses et soumet à la Société Suisse de Psychiatrie les propositions que voici :

Considérant que la prophylaxie d'un grand nombre de maladies et d'anomalies, telles que les diverses formes de l'arriération mentale, de l'épilepsie, les tares nerveuses dégénératives constitutionnelles et héréditaires, les troubles névropathiques et dissociaux de l'enfance et de l'adolescence, constitue une tâche importante de la psychiatrie et de l'hygiène mentale,

Considérant que le traitement de ces maladies et anomalies est du ressort de la thérapeutique psychiatrique qui est capable d'y obtenir des résultats efficaces,

la Société Suisse de Psychiatrie décide :

a) de s'intéresser activement, en tant que société scientifique, à la prophylaxie et au traitement de ces maladies et de ces anomalies ;

b) de déléguer ses comités d'hygiène mentale, de psychiatrie infantile et de psychothérapie à l'organisation, en commun avec Pro Infirmis et toute autre association s'intéressant à ces problèmes, à la campagne de propagande contre les anomalies héréditaires ;

c) d'encourager ses membres à collaborer de manière active et soutenue avec tous les établissements, associations, œuvres et services sociaux s'occupant de ces malades et anormaux, et surtout avec ceux qui s'occupent des enfants et adolescents ;

d) de favoriser la création, dans tous les cantons, de services médico-pédagogiques spécialisés, destinés à dépister et à traiter les anomalies nerveuses, mentales et caractérologiques de l'enfance et de l'adolescence ;

e) d'obtenir des titulaires des chaires universitaires d'enseignement de la psychiatrie, qu'ils consacrent une certaine partie de leur enseignement à instruire les étudiants sur les anomalies et infirmités mentales, sur leur importance sociale et la nécessité de leur prévention ;

f) d'encourager ses membres à donner, dans les écoles normales, des cours spéciaux pour le personnel enseignant, de façon à ce que ce dernier puisse faciliter par son intervention l'œuvre de dépistage précoce des anomalies et infirmités mentales de l'enfance et de l'adolescence.

Ces propositions ont été adoptées à l'unanimité.

Les désirs de la Pédagogie curative envers la Psychiatrie. par le Prof. Dr. H. HANSELMANN (de Zürich).

L'auteur a développé les thèses suivantes :

1. Le but suprême entre psychiatrie et pédagogie curative doit être une délimitation nette du travail et des compétences. Plusieurs tendances de la psychothérapie, de la psychologie pratique et de l'hygiène mentale menacent de troubler et d'effacer la limite des compétences et la distinction entre les mesures médicales et non médicales (santé d'âmes), et ceci non seulement dans des cercles laïques, mais aussi dans les cercles professionnels.

2. Comme dans la psychothérapie médicale, il s'agit dans la pédagogie curative de créer une méthode précise, qui se distingue de la simple tendance « d'aider avec un bon cœur ».

3. La collaboration de la psychiatrie à la pédagogie curative ne consiste pas seulement dans un travail de diagnostic, mais dans un traitement psychothérapique des enfants difficiles. Ce traitement peut se faire : a) dans des maisons d'éducation dirigées par des pédagogues ; b) dans des stations d'observation dirigées par des médecins ; c) et enfin dans les services médico-pédagogiques selon le modèle de Genève et de Malévoz.

4. Dans tous les grands établissements d'éducation, les psychiatres désirant se spécialiser en psychiatrie infantile devraient avoir l'occasion de faire des stages, dont la durée devrait être reconnue pour l'obtention du titre de spécialiste en psychiatrie F.M.H.

5. Dans toutes les Universités suisses des cours devraient être donnés concernant la psychiatrie infantile, la psychopathologie de l'enfance et de l'adolescence et la pédagogie curative.

6. Le nouveau code pénal suisse donne beaucoup de possibilités pour une collaboration étendue du psychiatre spécialisé en psychiatrie infantile, mais la psychiatrie doit elle-même lutter pour la place qui lui revient.

7. La pédagogie curative désire ardemment que la psychiatrie collabore encore plus que jusqu'à présent dans les organisations consacrées à l'assistance des infirmes et des anormaux, notamment en aidant à créer pour les associés les institutions nécessaires.

8. Pour les infirmes et anormaux qui ont besoin d'assistance pendant toute

leur vie, doit être développé un patronage systématique. Celui-ci doit avoir pour but, d'un côté, de favoriser le plus possible les droits individuels et de satisfaire les besoins de ses assistés et, d'autre part, de tenir compte des exigences de la société. Le patronage seul peut par des mesures humaines éviter la précréation de tares héréditaires.

La stérilisation doit être proposée dans les cas où le patronage seul ne suffit pas à atteindre ce but. Dans cette catégorie, il faut comprendre tous les oligophrènes, une grande partie des psychopathes constitutionnels et tous les aveugles et sourds-muets qui sont en même temps oligophrènes ou psychopathes.

Une attitude plus positive de la psychiatrie pratique vis-à-vis du patronage est une nécessité (expertise en cas d'interdiction civile et d'interdiction de mariage).

9. Le dépistage précoce des anomalies pré-scolaires exige une meilleure collaboration du psychiatre.

10. Un postulat particulièrement important est la prophylaxie de toutes les influences nocives provenant du milieu. Dans ce domaine également, la collaboration de la psychiatrie est nécessaire (hygiène mentale).

11. Au point de vue théorique, la pédagogie curative attend avant tout de la psychopathologie une précision plus grande dans la terminologie, notamment de tous les termes qui ont passé dans le langage courant tels que : névrose, nervosité, psychopathie, etc.

Les résultats principaux de trois enquêtes sur les anormaux dans le canton d'Appenzell Rh. Ext. (1), par le Dr A. KOLLER (de Zollikon-Zürich).

Ces recensements, faits à 15 ans d'intervalle, comprenaient les enfants à l'âge scolaire et les adultes, qui, lors d'une des enquêtes précédentes, avaient été reconnus enfants anormaux. L'auteur a pu constater que ceux parmi les enfants anormaux qui avaient bénéficié d'une éducation spéciale (classes ou établissements pour enfants arriérés, sourds-muets, etc.) avaient réussi à gagner plus tard leur vie mieux que la moyenne, 96,5 0/0 de tous les anormaux ont été trouvés faibles d'esprit. Leur développement et leurs fonctions physiques se sont montrés d'autant plus déficitaires que leur débilité mentale était plus accentuée.

La comparaison des trois enquêtes a donné quelques faits intéressants :

1. Le pourcentage des enfants anormaux par rapport au total des enfants du même âge a augmenté d'un recensement à l'autre ; il a été de 4,3 0/0 en 1907 et de 6,8 0/0 en 1937. Cette augmentation est due, d'une part, au fait qu'au cours des 20 dernières années le programme de l'enseignement primaire a été chargé de plus en plus, d'autre part à un facteur local : le dépeuplement du canton et la baisse de la natalité, tous deux conséquences du déclin de l'unique industrie du pays.

2. L'augmentation des anormaux ne concerne que les enfants débiles à faible degré, qui sont pour la plupart issus de parents faibles d'esprit eux-mêmes. Les cas d'idiotie, de surdité et de surdi-mutité par contre, ont

(1) Travail publié *in extenso* dans les *Archives suisses de neurologie et de psychologie*, vol. XLIII-XLV.

diminué de façon très notable. Même constatation pour les crétins et les enfants goitreux, dont la diminution s'explique par l'introduction dans le canton, depuis 1922, du sel iodé. Cependant le recul du nombre des idiots, qui ne sont pas en même temps des crétins, doit être attribué aux progrès de l'art médical et à une meilleure formation des sages-femmes, car ces formes d'idiotie ont pour cause surtout des traumatismes du cerveau pendant la naissance, ou bien des affections cérébrales ou méningées pré- ou post-natales. La diminution du nombre des sourds et des sourds-muets ne saurait être attribuée à la consommation du sel iodé, tout au moins pas uniquement, puisque cette diminution avait commencé déjà avant 1922, et qu'elle se rencontre également dans les régions sans goitre endémique.

A relever chez beaucoup d'anormaux des tendances asociales, surtout parmi ceux sortis d'un milieu familial taré. Le pourcentage des enfants illégitimes est plus grand parmi les anormaux que dans la totalité des enfants du canton.

Un quart des sujets reconnus anormaux à l'âge scolaire se sont mariés. Les époux ou épouses choisis ne brillent pas par leurs qualités intellectuelles ou morales, en bonne partie ils sont anormaux eux-mêmes. A remarquer que les anormaux proviennent souvent de familles à enfants nombreux. 27 0/0 des enfants trouvés anormaux en 1937 étaient nés les cinquièmes ou encore plus tard dans leurs familles.

Au point de vue biologique, quatre faits à relever :

1° les garçons anormaux dépassent de beaucoup en nombre les filles : 159 garçons sur 100 filles ;

2° les enfants anormaux, comme du reste aussi les enfants normaux, accusent en 1937 une croissance plus rapide qu'en 1922. Ils ont été ainsi plus grands de 3 à 11 cm. que ne l'étaient en 1922 les enfants du même âge. Le fait s'est retrouvé chez les recrues et a été confirmé par des constatations analogues dans d'autres régions ;

3° la mortalité des idiots est très grande, mais celle des anormaux à faible degré ne diffère guère de la mortalité moyenne des classes d'âge correspondantes ;

4° la population autochtone ne fournit pas un pourcentage plus élevé d'anormaux que celle non originaire du pays.

25 0/0 des individus du sexe masculin et 15 0/0 de ceux du sexe féminin, qui lors des enquêtes de 1907 et de 1922 étaient d'âge scolaire et ont été reconnus anormaux à ce moment, se sont améliorés à tel point qu'en 1937 on ne peut plus les classer comme tels. Ce sont en bonne partie des personnes qui, au moment de leur recensement à l'âge scolaire, avaient moins de 10 ans et se sont développés tardivement.

La constatation que la grande majorité des cas d'anomalie mentale est due à des causes héréditaires, et que ces individus sont en augmentation constante, amène l'auteur à la conclusion qu'il faut empêcher la procréation de ces individus en les surveillant et en les suivant de près, pour qu'ils ne puissent se marier ou engendrer des enfants illégitimes, — et même dans les cas graves, en procédant à leur internement ou à leur stérilisation. Pour arriver à ce but, l'auteur réclame l'instruction des autorités et de la population sur la charge et le danger que présentent les tarés mentaux ; il demande que leurs familles soient exclues du bénéfice des allocations et autres facilités que l'on est en train d'accorder aux familles fertiles.

De la nature des enfants examinés et des méthodes d'examen appliquées dans un pavillon d'observation médico-pédagogique, par le Dr Jacob LUZ (de Zürich).

Les enfants que menace un développement psychique anormal et qui luttent et réagissent contre leurs tendances psychopathologiques occupent au premier chef le pédopsychiatre. Celui-ci, dans cette tâche propre à sa spécialité, doit tenir compte des antécédents héréditaires du sujet, mais aussi, et très particulièrement, de la manière dont la personnalité de l'enfant réagit au milieu. L'enfant, en effet, s'identifie souvent à son milieu, l'absorbe, s'y intègre. Il faut prêter aussi grande attention à la dynamique des relations de l'enfant avec son milieu. On se rappellera en particulier qu'en cours de développement la sphère des réalités subjectives dans laquelle se meut la conscience de l'enfant change constamment d'aspect. Le moment auquel l'enfant est soumis à telle influence est d'une grande importance. Il ne faut pas s'attarder à considérer des symptômes isolés mais se laisser guider toujours par le comportement de la personne enfantine dans sa totalité. L'éducation joue là un rôle éminent. C'est pourquoi la collaboration du psychiatre et du psycho-pédagogue est si importante.

Les enfants d'un pavillon d'observation médico-pédagogique peuvent être répartis en trois groupes : ceux qui relèvent uniquement de mesures pédagogiques ; ceux qui relèvent uniquement de mesures médico-psychiatriques et ceux enfin — ils sont la grande majorité — qui relèvent à la fois du pédagogue et du médecin. C'est au psychiatre qu'il appartient d'établir en quelque sorte le bilan du développement psychopathologique d'un enfant. Quant au traitement, il doit être appliqué en collaboration entre le psychiatre et le pédagogue.

Lors de l'établissement du bilan, il ne faudra pas se borner à noter le statut actuel de l'enfant, mais s'appliquer avant tout à rechercher l'étiologie et les causes profondes des symptômes. C'est une véritable erreur professionnelle pour le pédopsychiatre que de ne point scruter minutieusement le milieu de l'enfant. Les particularités des ascendants se manifestent souvent davantage chez l'enfant que chez l'adulte, mais sous la forme de tendances plutôt que de traits déterminés.

Il faut se garder d'attribuer aux expressions verbales des enfants la même signification qu'à celles des adultes. On préférera à l'exploration verbale d'un enfant l'observation quotidienne et suivie de son comportement, de ses dessins, de ses productions plastiques et surtout de ses jeux. D'une manière toute générale, on ne s'en tiendra pas à une observation, à un test isolé, mais on se basera sur des *séries* de tests et d'observations.

Oligophrénie et thyroépathie endémique, par le Dr J. EUGSTER (de Zürich).

On peut distinguer deux types de crétins. Le crétin porteur de goitre et de taille plutôt longue présente en général une diminution globale des facultés mentales, l'idiotie thyroïdienne pure. Par contre, nous trouvons chez les crétins nains, sans goitre, une certaine originalité d'esprit. Le fond de cet état mental crétinoïde est le ralentissement de tous les processus psychiques auquel s'ajoute encore, comme l'a montré M. Kläsi, un besoin de sécurité. Le crétin n'est pas l'ami d'entreprises téméraires. De deux chemins il

choisira toujours le plus sûr, même s'il est plus long. Parmi les autres caractères il faut encore mentionner : une bonne mémoire pour les personnes et les lieux, l'instinct de collectionneur et d'imitation, une bonne opinion de soi-même, liés à un optimisme irréductible.

Au point de vue pathogénétique il faut relever que le crétinisme n'est pas une maladie héréditaire. Les mariages consanguins ne jouent pas le rôle qu'on leur a jusqu'à présent attribué. Il est remarquable que cette conception se trouve déjà dans un rapport que le préfet du département du Simplon adressa en 1812 au gouvernement français : « Le Valaisan montagnard, qui descend en plaine, ne fait pas des crétins pour l'ordinaire, même s'il épouse une Valaisanne de la plaine, mais s'il épouse une étrangère, assez volontiers le joli fruit de cet amour est un crétin. » Enfin il est caractéristique pour le crétinisme que le début de cette affection soit prénatal. Ce fait est connu depuis longtemps. Ainsi Maffei écrit en 1844, dans son livre, que l'on envoyait quelquefois les femmes enceintes dans les montagnes, où le goitre n'existe pas, et qu'elles mettaient ensuite au monde des enfants sains.

En Suisse la fréquence du crétinisme, d'après les recherches par villages et d'après les statistiques des écoles et des recrues, peut être estimée à 4 0/0. Dans les régions du goitre endémique on compte jusqu'à 3,5 0/0. D'après Lauener, Lang et Brugger, dans les régions à goitres endémiques l'oligophrénie est 3 à 4 fois plus fréquente que dans les régions où il n'y a pas de goitre.

De l'importance de l'attitude psychique chez les déficients physiques, par le Dr K. M. WALTHARD (de Genève),

Après la projection d'un film très intéressant et très démonstratif où l'on voit 4 malades estropiés qui accomplissent des travaux de tout genre comme des personnes possédant tous leurs membres, l'auteur discute le problème de l'adaptation de l'individu estropié à la vie normale.

La possibilité de s'adapter à une déficience anatomique et de la compenser existe dans une large mesure. Cependant, la condition *sine qua non* de cette adaptation est la présence, chez le patient, d'un système nerveux central intact et d'une volonté de guérir bien arrêtée. La déficience doit — en outre — ne pas être la cause de douleurs.

Chaque individu subissant un accident ou une maladie causant une infirmité durable en reçoit d'abord un choc sensible. Il sera forcé de prendre position envers son infirmité. Au début, il se considérera comme infirme, comme un être inférieur à son état antérieur. Or, l'homme normal et sain surmontera les obstacles créés par l'infirmité et il s'adaptera à la situation nouvelle. L'autre, pour des raisons extérieures ou intérieures, s'imposera à son entourage en demandant des soins et des égards particuliers. La déficience physique sera surestimée et exploitée par lui à des fins égoïstes, mise à l'avant-plan de son existence, devenant ainsi le point déterminant de sa vie.

Il est du devoir de l'entourage du patient de le traiter de manière à ce que rien ne vienne entraver sa propension naturelle à s'adapter. En premier lieu, il faut éviter de le plaindre exagérément, ne pas écarter inconsidérément de sa route des obstacles qu'il peut surmonter et qui sont propres

à augmenter la force et la confiance du malade en lui-même. Mais l'entourage se doit aussi de faire les démarches nécessaires pour qu'il soit fait droit aux justes revendications du patient s'il est assuré, afin que sa volonté de guérir ne soit pas diminuée par un traitement injustifié, ni compromise par une réaction de dépit.

L'impossibilité de s'adapter est seule *pathologique* ; l'adaptation à la réalité, à la déficience, par contre, est *normale*. Car si l'estropié sain est extérieurement parlant un infirme, il n'en est pas moins, dans toute sa personnalité, un homme normal.

Les rêves d'une aveugle, par le Dr A. KIELHOLZ (de Königsfelden).

Par des expériences faites au cours des obscurcissements, l'auteur s'est familiarisé avec le psychisme des aveugles.

Il rapporte le cas d'une aveugle, présentant de multiples symptômes névrotiques. En lui faisant raconter ses rêves selon les méthodes psychanalytiques, il a pu rétablir le contact avec la réalité et obtenir un transfert efficace. Ce transfert est surtout créé parce qu'on arrive à satisfaire le plus grand désir de la malade, qui est de devenir par le moyen de ses rêves l'égale d'une personne voyante.

Le développement de l'assistance aux anormaux en Suisse, par le Dr H. BERSOT (du Landeron).

Aperçu historique de la création des premiers établissements pour anormaux : les essais d'abord éparés et isolés, puis, dans les vingt dernières années du XIX^e siècle, les efforts énergiques, la fondation d'asiles nombreux et de quelques associations locales et régionales.

Dès le début du XX^e siècle, les asiles se créent en beaucoup plus grand nombre, appuyés par des organisations plus vastes qui se liguent en groupements cantonaux ou en fédérations nationales. Enfin, dès 1920, par la création de *Pro Infirmis*, toutes les organisations s'occupant d'anormaux se groupent, jouissent des subsides officiels de la Confédération, accentuent leur action éducative, perfectionnent leurs moyens d'occupation des anormaux, étendent leur assistance par les dispensaires, patronages, classes spéciales, secrétariats locaux. Après s'être occupé de fournir d'abord un refuge aux plus handicapés, on s'efforce maintenant de venir en aide aux anormaux dans leur propre famille.

En Suisse, l'assistance aux anormaux est caractérisée par la multiplicité des établissements. Il y en a actuellement 244, avec 12.541 pensionnaires, dont plus des 4/5 sont des enfants et des jeunes gens. 260 classes spéciales permettent d'éduquer 4.761 enfants qui restent dans leurs familles. Le contrôle psychiatrique de ces établissements, des classes spéciales, des dispensaires et autres services d'aide aux anormaux, est encore rudimentaire. Une vingtaine d'établissements et de stations d'observation seulement possèdent un contrôle psychiatrique.

M. H. Bersot illustre son exposé par la présentation de statistiques, précisant comment s'est développée l'assistance aux anormaux, quel est le pourcentage de chaque catégorie d'anormaux dans les établissements, parmi les classes dont s'occupent ambulairement les secrétariats régionaux, et

parmi l'ensemble des anormaux qu'on évalue en Suisse à environ 180 à 200.000.

L'étape nouvelle au seuil de laquelle se trouve l'assistance aux anormaux en Suisse sera caractérisée par le perfectionnement de l'aide médicale psychiatrique et psychologique, perfectionnement auquel les psychiatres du pays se doivent de contribuer.

Le service médico-pédagogique et le service social valaisan, par le Dr A. REPOND, médecin-directeur et le Dr N. BÉNO, médecin-adjoint de la Maison de santé de Malévoz, M^{lles} Louise DUPRAZ et Lydia MULLER, assistantes du service médico-pédagogique valaisan,

Le Service médico-pédagogique valaisan a été fondé en 1930, à la suite de l'étude que fit le Dr Repond aux Etats-Unis du fonctionnement des « *Child Guidance Clinics* ». Il était évidemment impossible de transplanter telle quelle cette institution en Valais, et il fallut l'adapter au caractère du pays. Son acclimatation fut difficile et sa croissance traversa bien des épreuves. Mais il s'est maintenant fermement implanté dans le pays, et fait école non seulement en Suisse, mais à l'étranger.

Le but essentiel du Service médico-pédagogique valaisan n'est pas simplement d'établir des diagnostics, mais avant tout de soigner les enfants nerveux et difficiles par des traitements médicaux et psychothérapiques durant lesquels ils sont, si possible, maintenus dans leur milieu. Les orateurs exposent en détail leur manière de procéder et relatent un certain nombre de cas traités.

Le Service social valaisan a été, également, créé en 1930. Au début, une seule assistante s'occupait des malades mentaux sortis de la Maison de Santé de Malévoz, qui étaient rentrés dans leur milieu ou placés dans des familles étrangères. Peu à peu, l'activité de ce service social s'étendit à tous les infirmes et anormaux du canton, à l'enfance et à l'adolescence délinquante, ainsi qu'aux détenus libérés. Ces derniers temps, le service social a étendu son action à la prévoyance en faveur des alcooliques. Il s'occupe actuellement de 400 à 500 sujets par an. Un médecin et 4 assistantes sociales y sont exclusivement occupés.

Le Service social, comme le Service médico-pédagogique valaisans, dépend de la Maison de Santé de Malévoz qui est considérée comme le centre de tous les efforts, pour le canton du Valais, en faveur de l'hygiène et de la prophylaxie mentale. Le Service médico-pédagogique est avant tout un service prophylactique, puisque son but est de prévenir, en même temps que de guérir, les anomalies de l'enfance et de l'adolescence qui pourraient s'aggraver plus tard. Le Service social est avant tout un service de prévoyance. Tous deux sont placés sous une direction unique, de façon que les efforts soient synchronisés et non dispersés. Ils représentent une armature solide pour l'assainissement de la population du canton du Valais au point de vue nerveux et mental.

A propos du suicide en Suisse. Considérations sur le suicide en rapport avec la génétique, par le Prof. BOVEN (de Lausanne).

Il y a en Suisse, en 1901, 747 suicides sur une population de 325.000 habitants. Il y en a eu 1.000, en 1939, pour 4.198.000. Cela fait 0,22 0/00 en

1901 et 0,24 0/00 en 1939. Soit encore, 1 suicide sur 4.400 habitants en 1901 et 1 suicide sur 4.160 en 1939. Il y a donc eu un accroissement léger des suicides au cours de ces 40 dernières années. Encore faut-il tenir compte de la plus grande minutie des statistiques effectuées de nos jours.

Il faut noter en passant l'intérêt et la sensibilité de l'index-suicide. On trouve 0,27 0/0 de suicides dans les recherches munichoises relatives à la génétique, et 1,13 0/0 dans des recherches homologues à Bâle, ce qui donne une proportion de suicides plus que quadruple à Bâle et démontre un essaimage de tares beaucoup plus dense à Bâle qu'à Munich. On sait qu'effectivement la schizophrénie est remarquablement dense en pays bâlois. Il est donc vraisemblable que l'index-suicide est un bon détecteur de tares mentales, de gènes latents ou récessifs, d'hétérozygotes mendéliens.

On admet en gros, jusqu'à ce jour, que la proportion des psychoses serait de 30-35 0/0 parmi les suicides masculins, de 50-60 0/0 pour les suicides féminins. Ce sont, entre autres, les données de Waldstein pour la Suisse. Mais ce qui intéresse le généticien, c'est beaucoup moins la psychose déclarée que le terroir psychopathique, l'anomalie légère, plus ou moins manifeste, qui trahit l'affiliation à une souche tarée. Quelques rares statisticiens, Gaupp, Hübner, psychiatres de profession et de point de vue, font monter à 80 et 90 0/0 la proportion des anomalies de tout genre parmi les suicidaires qu'ils ont pu étudier. Il vaudrait la peine d'y aller voir de plus près. Le problème reste pendant, et d'importance.

On voit bien, dans les statistiques, ceux qui se suicident : ce qu'on ne voit pas, c'est, pour parler d'une manière simpliste, ceux qui ne se suicident pas : les postulants au suicide qui échappent à ce risque. Pour se faire une idée approximative de ces réchappés annuels, et voir en quelque sorte la statistique par derrière, on peut essayer de dénombrer très *grosso modo* le nombre des postulants au suicide. Admettons, non pas les chiffres des admissions dans nos asiles et cliniques (280 « cas frais » de folie maniaque-dépressive et environ 1.350 cas frais de schizophrénie par an, en première admission, pour la Suisse), mais bien les données générales de l'école munichoise du Rüdin, Luxenburger, etc... Ce serait quelque 0,85 0/0 de schizophrénie, 0,4 0/0 de folie maniaque dépressive, 2,9 0/0 de psychopathie schizoïde et 0,8 0/0 de psychopathie cyclothymique. Cela ferait pour la population générale de notre pays, au-dessus de l'âge de 15 ans (le quart de la population à un âge inférieur à 15 ans), environ 25.000 schizophrènes, environ 25.000 psychopathes cyclothymiques, environ 12.000 maniaques-dépressives, environ 87.000 psychopathes schizoïdes, soit, en tout, environ 150.000 postulants au suicide, si l'on veut bien admettre ce terme d'un finalisme certainement outré.

Or, il y a, en Suisse, 1.000 suicides annuels, sur lesquels admettons qu'un quart des victimes soit dénué de tares (il faut tout de même faire une place aux cas de suicides dits normaux). Ce seraient donc 750 suicides par année sur 150.000 postulants ou « exposés » au suicide. Soit une cote de suicides de 0,5 0/0, ou encore 1 suicide annuel sur 200 postulants. Il est vrai que les postulants non suicidés telle année demeurent exposés et postulants les années qui suivent. La cote n'en est pas moins singulièrement basse. On pourrait y voir l'indice des efforts de préservation et de prophylaxie dans une population et un temps donnés.

Enquête sur le danger des démonstrations publiques d'hypnotisme et de suggestion, par le professeur H. STECK (de Céry-s/-Lausaune).

Le Professeur H. Steck communique les résultats d'une enquête faite à la demande du service fédéral d'hygiène publique sur les effets nocifs sur la santé mentale des représentations publiques de suggestionneurs, notamment chez les adolescents. L'enquête faite auprès de tous les membres de la Société suisse de psychiatrie a donné peu de faits positifs, six confrères signalent des cas de schizophrènes défavorablement influencés par de telles démonstrations, la séance hypnotique paraît agir comme un facteur pathoplastique. Huit confrères signalent l'influence nocive des expériences hypnotiques faites par des laïques sur des psychopathes hystéroïdes, des émotifs, des bégayeurs.

A la suite de ce rapport, la *Société suisse de psychiatrie* estime que l'interdiction de toute démonstration en public de sommeil hypnotique paraît indiquée, de même que l'interdiction de l'accès des représentations de simples suggestions à l'état de veille à toute personne âgée de moins de 18 ans.

Cilons encore les intéressants travaux sur l'état actuel du problème de la surdi-mutité, par le Dr C. MORARD (de Fribourg) et sur le mutisme électif chez les enfants, par le Dr W. Moos (de Zurich).

R. C.

96^e Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie

Bâle (15-16 novembre 1941)

L'Assemblée d'automne de la *Société suisse de psychiatrie* s'est tenue à Bâle le 15 et le 16 novembre 1941, sous la *présidence* du Professeur H. STECK (de Céry-sur-Lausanne), assisté du Dr O'BRIEN, secrétaire de la Société.

Elle réunit un grand nombre de participants parmi lesquels on notait la présence du Professeur CERLETTI (de Rome) et du Dr CHRISTY (de Lyon). Elle avait mis à son ordre du jour l'étude des « thérapeutiques par le choc » et nous regrettons de ne pouvoir que donner un bref aperçu des travaux qui furent présentés et discutés.

Les traitements modernes de choc et spécialement l'électrochoc. Technique, indications et résultats, par le Dr H. MÜLLER (de Münsingen).

Dans ce très intéressant rapport, M. Müller s'appuie sur environ 8.000 cas soignés en Suisse, parmi lesquels environ 2.000 par l'électrochoc. A titre

comparatif, il cite les statistiques américaines et allemandes. Il conclut que l'insulinothérapie demeure le traitement des schizophrénies et l'électrochoc celui des mélancolies endogènes et des mélancolies préséniles.

Dans certains cas de schizophrénie, le traitement combiné électrochoc + insulinothérapie semble donner de meilleurs résultats que l'un ou l'autre seullement de ces deux traitements.

M. Müller donne une statistique des accidents survenus au cours de l'électrochoc. Jusqu'ici, en Suisse, on a noté un seul cas de mort. Mais, en général, les autres accidents (fractures de la colonne vertébrale, fractures diverses, luxations de la mâchoire, etc.), sont sensiblement en nombre égal qu'avec le cardiazol. Aucune fracture vertébrale n'a laissé de paralysie. A signaler qu'on a constaté des amnésies temporaires consécutives à l'électrochoc mais aucune ne fut permanente.

Les résultats statistiques sont très encourageants dans la mélancolie. On a noté quelques bons résultats dans la manie, mais trop peu nombreux encore pour pouvoir en tirer une conclusion. L'électrochoc est le traitement de choix de la mélancolie. Dans la schizophrénie, on a noté des rémissions temporaires et des améliorations symptomatiques.

Le sort ultérieur et la constitution de schizophrènes guéris par le traitement de choc, par le Dr M. BLEULER (de Bâle).

M. M. Bleuler a étudié les antécédents, l'histoire, l'évolution et le traitement de quatre-vingt-dix cas de schizophrénie, soignés à Bâle.

Il a étudié les rechutes après traitement de choc par l'insuline. Sa conclusion est que les rechutes sont tout aussi fréquentes, tout aussi nombreuses après ce traitement que sans traitement. Les schizophrènes prétendus guéris par les traitements de choc sont ceux qui auraient guéri spontanément.

M. André Repond a fait remarquer que les traitements de choc ne sont pas des traitements spécifiques de la schizophrénie. Ce qui est essentiel, c'est de s'occuper le plus possible et par tous les moyens des schizophrènes. Dans les établissements où telle n'était pas l'habitude, les traitements de choc ont eu comme résultat de s'occuper davantage des malades.

Comparaison entre les crises convulsives par le cardiazol et par le choc électrique (avec présentation d'un film cinématographique), par le Dr H. BERSOT (du Landcron).

M. A. Bersot a conclu de deux films présentés au ralenti à la réunion que la marche des crises convulsives serait différente selon que l'on a recours à l'électrochoc ou au cardiazol et indiqué ces différences.

Sommations thérapeutiques et électrochoc, par le Professeur F. GEORGI (d'Yverdon).

Le professeur Georgi (d'Yverdon) insiste sur le fait que des combinaisons, des sommations d'électrochoc et de choc insulinique sont nécessaires pour obtenir des résultats efficaces et durables. Ce mode de traitement produit des modifications du métabolisme.

M. Georgi a apporté des statistiques à l'appui de cette opinion,

De nombreuses communications furent ensuite présentées, qui paraîtront dans les *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, seront ultérieurement analysées dans les *Annales Médico-Psychologiques* et parmi lesquelles nous citerons :

Observations sur le traitement par l'électrochoc, par le Dr F. R. HUMBERT (de Bellelay).

Observations psychopathologiques sur le traitement physique des psychoses endogènes, par le Dr J. WYRSCH (Waldau, Berne).

Quatre petites remarques techniques sur le traitement par l'insuline, l'utilisation maxima de l'insuline, l'économie de l'insuline. Technique du réveil du choc insulinaire avec des quantités de sucre réduites et même sans sucre, par le Dr A. FRIEDEMANN (de Bellelay).

Résultats de la thérapeutique par l'électrochoc dans les états de dépression, par le Dr H. BINSWANGER (de Knonau).

A propos de la pathophysiologie de la schizophrénie, par le Dr W. NAGEL (du Burghölzli, Zurich).

L'état actuel de l'anatomie pathologique de la schizophrénie, par le Dr SCHEIDEGGER (de Bâle).

De quelques observations anatomiques chez des schizophrènes (avec projections), par le Professeur Dr F. MOREL (de Genève).

Les phénomènes humoraux pendant l'insulinisation des schizophrènes au point de vue de la réaction d'Abderhalden, par le Dr P. PLATTNER (Münchenbuchsee).

L'importance des toxi-infections chroniques dans l'étiologie des névroses, par le Professeur Dr K. v. NEERGAARD (de Zurich).

Anciennes et nouvelles thérapeutiques de choc. Anciens et nouveaux thérapeutes par les chocs, par le Dr M. BOOS (de Zurich).

Le traitement ambulatoire de la schizophrénie, par le Dr A. FAVRE (de la Métairie, Nyon).

La biologie de la dynamique des sentiments et la formation des symptômes, par le Dr E. FREY (de Zurich).

Remarques sur le cas de Nietzsche, par le Dr L. GELPRE (de Bâle).

A. R.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PHYSIOLOGIE

Équilibre et équilibration, par ANDRÉ-THOMAS, médecin de l'hôpital Saint-Joseph. (Un vol. in-8°, 568 pages, avec 128 figures. Masson et C^{ie}, Paris 1940).

Ce nouveau volume de M. André-Thomas est, comme les précédents, une importante contribution personnelle à l'un des grands problèmes de la physio-pathologie du système nerveux. Edité et présenté avec beaucoup de soin, ce travail, abondamment illustré, envisage les aspects divers d'un délicat et complexe problème où l'étude fait intervenir continuellement des notions d'énergie, de physique, de mécanique, souvent insuffisantes à elles seules à expliquer l'activité très supérieure de la machine vivante dont l'adaptabilité aux circonstances les plus imprévues ne sauraient s'exprimer en équation et résulte de la transformation continue de la substance.

Balance égale entre les forces qui s'opposent, l'équilibre est envisagé relativement à l'attitude générale, à la situation du corps dans l'espace et aux attitudes segmentaires. L'étude de l'équilibre dans les actes les plus concrets de la vie courante, les actes prévus ou consentis, les réactions à l'imprévu est complétée par l'étude de cet équilibre de luxe des sports, des acrobaties, qui nécessitent un entraînement spécial. Et cela, sur la piste aquatique et sur la piste aérienne comme sur la piste terrestre.

Si la force est fournie par la contraction musculaire, occasionnellement aussi par le poids ou la masse, les muscles ne font qu'exécuter les ordres venus des centres nerveux en corrélation avec les apports périphériques des divers appareils de la sensibilité. Ce sont ces « afférences », pas toujours perçues ni conscientes, que recueillent l'appareil labyrinthique, l'appareil optique, les terminaisons nerveuses des os, des muscles, des articulations, dont l'ensemble constitue l'« appareil myoarthrocinétique ». Les unes et les autres préparent et sollicitent des réactions partielles ou des réactions d'ensemble.

Après avoir étudié la suppression des afférences pour chaque groupe chez l'animal et chez l'homme, M. André-Thomas examine successivement les

effets de la destruction ou de l'excitation des divers centres nerveux et les rapports des divers centres entre eux, passant en revue les suppléances exercées par chacun d'eux vis-à-vis des autres, suppléances démontrées par la physiologie et par la clinique. Cela après avoir montré les analogies et les différences de la sémiologie labyrinthique et cérébelleuse.

Un chapitre consacré à la rétropulsion complète ce travail qui se termine par des considérations sur l'organisation centrale de l'équilibre.

Comme la station, comme la locomotion, l'équilibration dépend de mécanismes qui échappent à la conscience. Celle-ci peut prévoir le but, contrôler les résultats, mais elle reste constamment ignorante des organes qui entrent en jeu, de ceux qui fournissent la force, qui en règlent la mesure dans le temps et dans l'espace. Les divers troubles de l'équilibre sont ceux qui résultent d'un plan insuffisant (apraxie), d'une organisation défectueuse (asynergie), d'une régulation imparfaite ou nulle (dyschrométrie, dystopométrie).

Exposé des recherches et des observations de l'auteur, la monographie de M. André-Thomas est une remarquable contribution personnelle et une mise au point de nos connaissances sur l'un des problèmes les plus complexes de la physiologie générale et de la pathologie du système nerveux.

René CHARPENTIER.

Traité de physiologie normale et pathologique, publié sous la direction de G.-H. ROGER, Professeur honoraire de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris et LÉON BINET, Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris. *Tome XII (Supplément) : Oxydo-Réductions, Greffe et Cicatrisation, Vitamines, Electro-encéphalographie*, par MM. E. AUBEL, E.-J. BIGWOOD, LÉON BINET, P. BOULANGER, F. BREMER, A. CHEVALLIER, V. DEMOLE, A. GIROUD, P. KARRU, A. LEULIER, Raoul MAY, André MAYER, J. MILLOT, G. MOURICUAND, J. THOMAS, M. OROZIO DE ALMEIDA, A. SEZTNGYORGYI, J. TITCA, G. WELLER. (Un vol. in-8°, 542 pages avec 121 figures. Masson et C^{ie}, édit. Paris 1940).

Le succès obtenu par ce traité est tel que quatre volumes ont déjà été réédités, dont au cours de l'année 1939 le tome III (physiologie du foie et du rein) et le tome IV (complètement transformé, car il expose nos connaissances sur les glandes endocrines et les sécrétions internes). Exception faite de quelques articles, les autres volumes sont entièrement à jour. Dans ces conditions, les directeurs du traité ont estimé utile de publier un volume supplémentaire, où sont exposées les diverses questions reprises, complétées ou transformées au cours de ces dernières années pendant lesquelles des acquisitions nouvelles ont marqué les progrès rapides de la physiologie et des deux sciences biochimie et biophysique qui lui sont intimement associées.

Aux collaborateurs anciens, ils ont adjoint des collaborateurs nouveaux, parmi lesquels des savants éminents, français et étrangers dont deux titulaires du Prix Nobel.

Ce volume supplémentaire (tome XII du Traité) comprend quatre parties : la première est consacrée aux oxydations et aux réductions ; la seconde aux greffes et aux régénérations ; la troisième aux vitamines ; la quatrième à la neuro-physiologie. On y trouvera donc d'abord des chapitres consacrés aux transporteurs d'hydrogène, au cytochrome, au glutathion,

aux agents hyperthermisants, à la greffe ou transplantation, à la cicatrisation et à la régénération.

L'étude des vitamines ouvre aux recherches chimiques et thérapeutiques des possibilités inattendues. On trouvera tous renseignements nécessaires dans ces 200 pages consacrées à l'histoire complète et à la description des diverses vitamines A, B, C, D, E.

Dans une quatrième partie, consacrée à la neuro-physiologie, il faut signaler tout particulièrement l'article où *M. O. de Almeida* étudie les faits d'inhibition et de facilitation, le tonus nerveux et ses rapports avec les phénomènes de l'inhibition et de la facilitation et les théories de l'inhibition ainsi que le chapitre consacré par *MM. F. Bremer et Jean Titeca* à l'activité électrique de l'écorce cérébrale.

Ces auteurs exposent, d'après des travaux récents et leurs recherches personnelles, les caractères généraux de l'activité électrique spontanée de l'écorce cérébrale, le rôle des facteurs nerveux et tumoraux contrôlant cette activité, les réactions sensorielles de l'écorce cérébrale et les applications de l'électro-encéphalographie à l'étude des localisations cérébrales. Bien que limitée à première vue par les possibilités de l'exploration transcranienne ne permettant la détection que de phénomènes peu finement localisés, l'électro-encéphalographie humaine a une importance toute spéciale manifeste par l'utilité de ses applications cliniques et par les correspondances frappantes mises en évidence entre certains événements de la vie mentale et l'activité électrique cérébrale. *MM. F. Bremer et Jean Titeca* exposent les conditions standard d'établissement chez l'homme de l'électro-encéphalogramme total et des électro-encéphalogrammes locaux, indiquant quelles sont les variations biotypologiques des électro-encéphalogrammes et notent les caractéristiques du phénomène de la réaction d'arrêt (Berger).

Cet important exposé se termine par l'étude de l'électro-encéphalographie au cours du sommeil et des applications cliniques de l'électro-encéphalographie (épilepsie, hystérie, tumeurs cérébrales, syndromes psychiatriques). Les conditions mêmes de ces recherches expliquent que, jusqu'à présent, des oscillogrammes nettement anormaux n'aient été décrits que dans les syndromes mentaux à substratum organique (paralyse générale, démence sénile, oligophrénies). Les travaux d'Adrian, de Gérard, de Forbes, de Jasper, de Bremer et de leurs collaborateurs permettent d'entrevoir la nature et la signification fonctionnelle de l'activité spontanée de l'écorce cérébrale.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Le choc par déflagration en France de 1914 à 1918 (Shell Shock in France 1914-1918), par Charles S. MYERS (1 vol., in-12°, 146 pages, *Cambridge University Press*, 1940).

L'auteur, mobilisé en France de 1914 à 1918, a plus particulièrement observé les soldats atteints de psychonévroses avec manifestations neurologiques transitoires sans blessures à la suite d'explosions de projectiles dans le voisinage immédiat.

Le syndrome correspond à ces états commotionnels et émotionnels qu'on désignait couramment chez nous sous le nom « diobusite ».

Comme le démontre M. Myers, il diffère des syndromes traumatiques dus à l'enfouissement, caractérisés cliniquement par un état de confusion stuporeuse avec parésies, anatomiquement par des hémorragies méningo-encéphaliques diffuses ou pétéchiales. Il ne peut être assimilé aux intoxications oxycarbonées par explosions dont les caractéristiques biologiques sont si spéciales. Le syndrome désigné sous le nom de « Shell Shock » est un état névropathique avec déséquilibre neuro-végétatif et perturbations glandulaires, apanage des déséquilibrés, des hyperémotifs, des sujets épuisés, surmenés ou intoxiqués, des soldats abouliques, rebelles à la discipline. Bien que les manifestations soient souvent brèves, — se résumant dans une bouffée de confusion avec troubles vaso-moteurs et agitation motrice, instabilité, tremblement, — les malades doivent être traités et isolés longuement. La contagion mentale de leurs troubles est dangereuse comme celle des hystériques.

La simulation étant dépistée il convient de réadapter les sujets en n'abusant ni de l'intimidation et des mesures disciplinaires, ni des analyses psychologiques prolongées et déprimantes. Le succès dépend de la rapidité de l'intervention du médecin spécialiste qui prescrira l'isolement, puis créera l'ambiance favorable au retour de la confiance et à l'orientation de l'activité vers des fins conformes aux aptitudes du patient.

La notion du « Scheil Shock » ayant été rapidement divulguée, l'abus du diagnostic a dû être réprimé par des enquêtes, la fixation d'un répertoire symptomatique et la délimitation des formes simples, avec blessures, avec stupeur, etc... L'importance médico-légale de cette individualisation syndromique parmi les psychonévroses de guerre est du plus haut intérêt.

P. CARRETTE.

Le profil psychologique et psychiatrique de la mélancolie. Considérations physio-pathologiques, par P. CONY (*Thèse* Marseille, 1939, 1 brochure in-8°, 78 pages, Imp. du Sémaphore, Marseille).

Longue dissertation où l'auteur étudie les différentes conceptions que les médecins se sont faites de la mélancolie, surtout depuis le XIX^e siècle. Il ne conclut pas nettement en ce qui concerne la place à lui attribuer dans la nosographie et fonde quelque espoir sur les données précises qu'apportera l'étude du système végétatif chez ces malades, dont la physiopathologie pourrait ainsi être mieux comprise.

J. ALLIEZ.

Sur les troubles endocrino-sympathiques dans la démence précoce, par H. FIORENTINI. (*Thèse* Marseille, 1 brochure in-8°, 56 pages, Imp. Boyardi, Marseille).

Etude clinique et physio-pathologique de trente-six malades fixées, du type Morel, surtout envisagée au point de vue des fonctions ovariennes et des troubles sympathiques. Il n'a pas été remarqué de rapports entre les modifications du cycle œstral et l'aspect clinique et évolutif de la démence précoce. L'hyperprolanurie est rencontrée chez toutes les démentes précoces aménorrhéiques. Elle est moins fréquente chez les malades dysménorrhéiques ou bien réglées. L'auteur a étudié les réactions ovariennes chez le

cobaye après injection d'urines de démentes précoces : les réactions observées sont dissociées. Les épreuves d'étude du tonus végétatif le montrent plutôt dévié dans le sens du sympathique.

L'interprétation de ces constatations est difficile. Les relations entre la fonction ovarienne et la psychose, pour certaines qu'elles soient, restent mal délimitées. L'hyperprolanurie, si fréquemment rencontrée, constitue le fait le plus curieux apporté par cette étude. L'auteur envisage l'hypothèse d'une altération de la région hypothalamo-hypophysaire qui pourrait expliquer à la fois l'atteinte du système endocrinien et les troubles végétatifs.

J. ALLIEZ.

Les troubles mentaux de l'intoxication oxy-carbonée (aiguë et chronique), par A. PERETTI (*Thèse d'Alger 1941*, 1 br. in-8°, 125 pages, ancienne imprimerie V. Heintz, Alger),

L'auteur a rassemblé un certain nombre d'observations, dont une inédite, montrant la fréquence des troubles mentaux dans l'intoxication oxy-carbonée.

Les accidents aigus et transitoires du début sont des états confusionnels ou ébrioux. Plus intéressants sont les accidents prolongés et surtout les séquelles. Parmi celles-ci, des troubles profonds de la mémoire, la perte des initiatives et de l'activité pragmatique créent de gros états déficitaires auxquels on n'attache pas toujours l'importance qu'ils méritent, masqués qu'ils sont par la conservation fréquente des automatismes courants ! Bien souvent même se posent des problèmes médico-légaux délicats ; on pense à la surcharge, à la simulation et dans les observations rapportées par l'auteur on trouve des faits d'expertise assez suggestifs.

Les troubles mentaux paraissent trouver leur explication dans une action directe, élective, de CO sur l'encéphale, dans la production d'un micro-traumatisme diffus ou d'hémorragies méningées. En cela, les désordres s'apparentent aux séquelles de la commotion cérébrale et de l'insolation avec lesquelles ils ont, du reste, certaines similitudes dans les traits cliniques.

A. POROT.

Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la psycho-polynévrite de Korsakoff, par P.-L. GINÉSY. *Thèse Marseille, 1939-40* (1 br. in-8°, 40 pages, Imp. du Sémaphore, Marseille).

L'auteur a groupé, autour de quelques cas personnels de syndrome de Korsakoff où l'étiologie alcoolique était absente ou non prédominante, les observations qu'il a recueillies dans la littérature. Il semble que les psychoses de Korsakoff où le facteur éthylisme n'intervient pas soient vraiment rares, mais certains cas sont très typiques. La gravidité, la tuberculose et les états infectieux de type typhoïde ou encéphalitique sont parmi les causes signalées le plus souvent.

J. ALLIEZ.

Contribution à l'étude clinique des formes mentales des tumeurs cérébrales, par W.-H. CLASSEN. *Thèse* Marseille, 1939-40 (1 brochure in-8°, 50 p., Imprimerie Leconte, Marseille).

Dans quatre observations provenant de la Clinique neurologique, les troubles mentaux avaient précédé de loin les symptômes d'hypertension ou de localisation. Trois fois, il s'agissait de symptômes dépressifs de type fonctionnel que seule l'évolution a permis de rattacher à un processus tumoral. Un dernier cas concerne un aspect schizophrénique chez un adolescent. Ces cas sont bien différents des troubles psychiques plus banaux signalés dans les tumeurs cérébrales. Ils posent d'intéressants problèmes diagnostiques et pathogéniques difficiles à résoudre.

J. ALLIEZ.

La méningite hérédo-syphilitique, par Aimé ARNAUD. *Thèse* d'Alger 1941, (1 hr. in-8°, 143 pages, Impr. Nord-Africaine Crescenzo, Alger).

Intéressant groupement de faits cliniques avec une observation originale. Etude parallèle de la méningite aiguë syphilitique chez l'enfant et l'adulte. Discussion sur la fréquence, très grande pour quelques syphiligraphes tenue pour rare par les pédiatres. Esquisse des principales formes cliniques : pseudo-méningite tuberculeuse, pseudo-méningites lymphocytaires ; formes malignes, formes tardives, formes localisées, enfin formes mentales. A ce propos, l'auteur rappelle certaines observations, produites à la Société Médico-psychologique, de paralysies générales infantiles chez lesquelles une première étape de méningite a pu être l'amorce d'une méningo-encéphalite aboutissant ultérieurement à la démence.

A. POROT.

Etude critique sur l'énurésie infantile, par R. GARBIES, (1 brochure in-8°, 71 pages, Imprimerie Leconte. *Thèse* Marseille, 1940).

L'auteur considère que la place donnée dans l'énurésie infantile aux conceptions pathogéniques d'ordre anatomique ou physiologique a été exagérée et que les facteurs psychologiques doivent être mis au premier plan. L'étude du profil mental de l'enfant, celle du milieu familial et des erreurs d'éducation permettront presque toujours des constatations intéressantes. C'est pourquoi, — que l'examen organique soit entièrement négatif ou non —, la psychothérapie a une importance primordiale.

J. ALLIEZ.

PSYCHOTECHNIQUE

Considérations médicales sur le problème de l'orientation professionnelle, par L. VIEU (*Thèse* Marseille, 1939, 1 brochure in-8°, 82 p., Imp. Lavergne, Paris).

Exposé de la question de l'orientation professionnelle en France, envisagée surtout au point de vue médical. Quoique le rôle des psychologues, des psychotechniciens, des groupements économiques, y soit considérable, l'impor-

tance des considérations médicales est telle que la collaboration du médecin et des organismes de sélection est indispensable.

L'auteur expose les modalités de ce que doit être l'activité médicale dans les institutions de cet ordre. Il consacre un chapitre à l'orientation du métier médical lui-même, aucune profession n'échappant à la réglementation. La discussion des incidences multiples des conceptions en voie de réalisation nécessiterait des développements que l'auteur n'a pas abordés.

J. ALLIEZ.

THERAPEUTIQUE

L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux, quatorzième année, 1939, par A. RAVINA (1 volume de 204 pages, avec une table alphabétique des matières contenues dans les recueils annuels antérieurs, Masson et C^{ie} édit., Paris 1940).

La quatorzième année de ce très utile recueil annuel est parue en 1940. Comme les précédents, ce volume contient, résumées et groupées, toutes les acquisitions thérapeutiques de l'année (1939). Les praticiens y trouveront toutes indications indispensables sur l'utilisation et les résultats des nouvelles méthodes proposées.

L'ouvrage se divise en trois parties : la première est consacrée à de nouveaux traitements de maladies ou de symptômes ; la seconde expose de nouvelles applications de méthodes et techniques thérapeutiques (abcès de fixation, anesthésie, héliothérapie, massage, radiothérapie, téléroentgénéthérapie, transfusion) ; la troisième partie est réservée aux médications nouvelles (chlorure de sodium, hormones, métrurochrome, pectine, sulfamides, vitamines).

Parmi les chapitres plus spécialement consacrés à la neuro-psychiatrie, il faut citer ceux qui ont trait au traitement combiné de l'hémorragie cérébrale par l'acétylcholine et l'autohémothérapie, au traitement du prurit périnéal par les injections épidurales de sulfate de magnésium, au traitement des états de stupeur par l'acide nicotinique (d'où il semblerait résulter que dans certains cas l'état de stupeur est en rapport avec une insuffisance nette en vitamine P.P.), au traitement de la syphilis nerveuse par l'association de la vaccination et de la pyrétothérapie à la chimiothérapie, aux divers modes de traitement des sympathalgies, à la supériorité du traitement par les sulfamides sur la sérothérapie dans la méningite à méningocoques, à l'action de la vitamine B1 sur les troubles psychiques associés aux polynévrites ainsi que dans diverses affections nerveuses centrales et périphériques, à l'action de l'association des vitamines B1 et C, aux cas de résistance à l'action de la vitamine C (la phosphaturie pouvant être considérée comme un test de préférence en vitamine C), etc.

Une table alphabétique des matières contenues dans les volumes des années 1931 à 1938 termine le volume et rendra les plus grands services.

René CHARPENTIER.

VARIETÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 janvier 1942*, à 20 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 janvier 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 février 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 mars 1942*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mars 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'avril de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 avril 1942*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le Dr Raoul LEROY, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1943

Prix AUBANEL. — 1.500 francs

Ce prix, *triennal*, est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Legs CHRISTIAN. — 300 francs

Ce prix, *annuel* (partage interdit), est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

Règlement du Legs Christian :

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats à l'attribution du Legs Christian, devront :

- 1° Être de nationalité française ;
- 2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;
- 3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société Médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

N. B. — *Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés, avant le 31 décembre de l'année précédente, chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.* Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre de lauréat de la Société Médico-psychologique ; les mentions honorables n'y donnent pas droit.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique. (Décision du 22 mars 1910).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)
à Cahors (France). — 63.808

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE TEST AU CARDIAZOL

Sa valeur dans le diagnostic de l'épilepsie

PAR

BARDENAT, MAURICE POROT et LEONARDON (1)

Dans un travail antérieur, l'un de nous, en collaboration avec MM. A. Manceaux et R. Susini (1), a présenté une étude sur les résultats de l'application du test au cardiazol en neuro-psychiatrie militaire.

Il s'agissait de montrer l'intérêt pratique d'une épreuve facile à mettre en œuvre dans une occurrence où les seules ressources de la clinique menaient à une impasse ; il ne pouvait à ce moment être question de soumettre à l'observation prolongée un nombre croissant de militaires qui eussent débordé les limites d'un service exigu et échappé, par leur nombre même, au contrôle direct des experts.

L'épreuve au cardiazol a permis, appliquée à tous les cas présentés, de raffermir notre opinion sur les faits reconnus par d'autres auteurs, d'accroître notre confiance dans sa technique.

Pratiquement, elle nous a conduit à éliminer de l'armée tous

(1) Travail de l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville (Alger).

les sujets épileptiques. Elle a pu, par contre, faire renvoyer dans leurs douars quelques pithiatiques indigènes plus ou moins sincères, sinon quelques fraudeurs. Nous n'avons eu en aucune manière la prétention de faire reconnaître en ce test un critère scientifique absolu de l'épilepsie, et nous l'avons dit. Nous avons simplement cédé à la pression des événements et obéi à des mobiles d'opportunité en acceptant sur la foi des travaux antérieurs la valeur d'une épreuve déjà préconisée en d'autres lieux.

Mais nous nous étions promis d'entreprendre ultérieurement un travail critique sur la signification du test lui-même. C'est ce travail que nous apportons aujourd'hui.

Lorsqu'on se propose d'étudier la fidélité d'une épreuve, les questions que l'on doit résoudre sont toujours les mêmes :

1° Les résultats positifs permettent-ils constamment de faire entrer le sujet dans une catégorie clinique déterminée ? Les résultats négatifs doivent-ils toujours faire exclure le sujet de cette catégorie ?

2° Dans le cas où le test ne possède pas la fidélité absolue ainsi définie, est-ce aux résultats positifs ou aux résultats négatifs qu'il y a lieu d'accorder la plus grande valeur ?

A ces premières questions, nous nous efforcerons de donner une réponse par l'interprétation des résultats globaux des essais pratiqués chez nos sujets ; ce sera la première partie de notre travail.

Dans une seconde partie, nous tenterons d'élucider quels sont les facteurs qui peuvent intervenir pour la détermination des résultats dans le déclenchement de la crise expérimentale chez un sujet donné, qu'il soit épileptique ou non.

Nous avons été guidés par l'hypothèse de travail suivante : l'aptitude convulsivante de l'épileptique est sollicitée par un médicament qui possède une action pharmacodynamique essentiellement vasculaire ; il s'agit de vérifier si la sensibilité au test est fonction de l'intensité de l'effet circulatoire du choc obtenu et d'apprécier dans quelle mesure la sensibilité vasculaire au cardiazol peut vicier l'expérience et dans quel sens.

Partant de cette hypothèse, il convenait de noter par les procédés cliniques usuels les modifications circulatoires ainsi que l'équilibre sympathique du sujet.

A cet effet, nous avons, pour chaque patient examiné, établi une fiche donnant au moment de l'épreuve le poids, l'âge, la race, la fréquence du pouls, la tension artérielle, la valeur du réflexe

oculo-cardiaque. Les modifications du pouls et de la tension ont été notées également aussitôt après l'agression, qu'il y ait eu ou non apparition d'une crise. Les détails de la technique seront précisés à propos de l'étude de chaque facteur.

Nous avons en outre recherché pour les épileptiques s'il existait des rapports entre la fréquence des crises spontanées et la sensibilité au cardiazol, pour les autres sujets si l'affection dont ils étaient atteints avait une répercussion sur leur réponse au test.

Recherches antérieures

Les circonstances actuelles ne nous ont pas permis des recherches bibliographiques aussi complètes que nous l'aurions désiré. Cependant, d'autres auteurs avaient déjà songé à utiliser le cardiazol comme moyen de diagnostic de l'épilepsie.

Il semble bien que ce soit Langeluddeke (2) en 1936 qui le premier employa le cardiazol comme moyen de diagnostic différentiel. Ses recherches portent sur 44 cas. L'auteur conclut que l'injection de 3 cc. de cardiazol intra-veineux déclanche plus facilement des crises convulsives chez les épileptiques que chez les autres malades ; pour lui, les schizophrènes présenteraient également des convulsions, ainsi que les organiques. Par contre, l'aptitude convulsive des maniaco-dépressifs serait faible.

Campailla (3), expérimentant sur 100 malades en 1937, conclut à la non-spécificité de l'action du cardiazol chez les schizophrènes. Nous n'avons pu savoir les doses employées. Il donne les chiffres suivants : une crise est obtenue dans 45 % des cas chez les schizophrènes, dans 60 % chez les oligophrènes, dans 50 % chez les dysthymiques, dans 75 % des cas de sclérose en plaques et dans 68 % des cas chez les épileptiques. Ces renseignements sont trop imprécis (doses et résultats) chez les épileptiques pour que l'on puisse en tenir compte.

Euzière, Lafon et Roche (4), en 1938, cherchant un test des manifestations convulsives et, en particulier, de l'épilepsie, utilisent à cette fin le syntropan et non le cardiazol. Nous n'avons pu prendre connaissance des résultats qu'il eût cependant été intéressant de comparer avec ceux obtenus par le cardiazol.

En Belgique, C. Muyle en 1938 (5 et 6) dans deux études successives donne des résultats peu favorables quant à la valeur du test au cardiazol dans le diagnostic de l'épilepsie. Ses recher-

ches portant sur 53 épileptiques et 53 témoins lui donnent 32,07 % de crises chez les épileptiques et 3,77 % chez les témoins. Mais — fait très important — la dose injectée dans tous les cas n'est que de 1 cc. 8.

Méthodes et techniques

1. LES ÉLÉMENTS DE TRAVAIL

Nous avons fait porter nos recherches sur deux lots de 100 sujets. Le premier lot comprend 100 épileptiques confirmés, internés à l'Hôpital psychiatrique de Blida depuis un temps plus ou moins long ; quelques-uns ont été pris parmi les malades entrés en 1939-1940. Cela explique que pour quelques malades nous n'avons pu donner une moyenne des crises mensuelles, leur séjour à l'hôpital étant trop récent.

100 autres sujets non épileptiques ont été soumis à l'épreuve du cardiazol ; ce sont également des malades de l'Hôpital psychiatrique de Blida. Les entrants ont été choisis de préférence afin que seul le hasard désigne les sujets témoins. Il est bien entendu que tous ceux qui pouvaient être suspects d'épilepsie ont été éliminés de ce lot. Aucun de ces malades ne s'est d'ailleurs révélé comme épileptique par la suite.

Les épreuves n'ont porté que sur des hommes pour ne pas alourdir les recherches par le facteur sexe. Il sera intéressant, dans un travail ultérieur, de comparer les résultats obtenus chez les femmes et chez les hommes.

2. TECHNIQUE

Les épileptiques mis à l'épreuve ont été privés de leur gardénal pendant les huit jours qui ont précédé le test afin de les ramener dans une certaine mesure à leur état épileptique naturel.

La dose injectée a été uniformément de 3 centimètres cubes, soit 30 centigrammes de cardiazol, quel que soit le sujet ; l'injection a été pratiquée rapidement par la voie intra-veineuse, le matin, le sujet étant à jeûn.

Cette technique a été exposée en détail dans un travail déjà cité (1).

3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Les résultats obtenus peuvent être classés en positifs (+), négatifs (—) et douteux (?).

a) Nous considérons comme *résultat positif* :

— une crise *convulsive* franche, immédiate ou retardée ;

— un équivalent caractérisé par un ou plusieurs des symptômes suivants : perte de conscience certaine, absence et amnésie, crise procursive, miction involontaire.

La grande majorité des résultats positifs enregistrés est composée de crises convulsives franches (82 sur 87).

b) Nous admettons que le *résultat est négatif* dans les cas suivants : absence de tout trouble constaté, simple agitation émotionnelle ou anxieuse, crise pithiatique, stéréotypies verbales ou motrices.

c) Enfin, le *résultat* d'un test est tenu pour *douteux* si l'on note seulement : une secousse motrice involontaire, isolée ou répétée, sans *état* convulsif, sans rythme épileptique, un spasme de torsion simple, un vertige ou une obnubilation simple.

Le nombre des résultats douteux est très réduit et nous les avons éliminés de ce travail, en soumettant au test quelques sujets supplémentaires pour ramener à 100 le nombre d'épreuves chez les épileptiques et les non-épileptiques.

Nous n'aurons ainsi à étudier que des résultats franchement positifs ou franchement négatifs.

Résultats globaux

Epileptiques (100 cas) : 87 tests positifs, 13 tests négatifs.

Non épileptiques (100 cas) : 36 tests positifs, 64 tests négatifs.

Total (200 cas) : 123 tests positifs, 77 tests négatifs.

Les résultats s'accordent, dans l'ensemble, avec les données de la clinique : sur 100 épileptiques, 87 ont répondu positivement à l'injection de cardiazol. *Ce test, chez les épileptiques, est donc valable dans près de 9 cas sur 10.*

Par contre, sa fidélité est moindre lorsqu'il s'agit de non épileptiques : en effet 36 de ceux-ci sur 100 ont fait une crise avec 3 cc. de cardiazol ; 64 d'entre eux seulement sont restés insensibles. *Le test est donc valable chez les non épileptiques dans les 2/3 des cas.*

Les chances d'erreur sont donc moindres lorsqu'on affirme qu'un malade n'est pas épileptique sur le vu d'un test négatif que lorsqu'on affirme sa comitialité en se basant sur la positivité de son test au cardiazol.

Mais dire que le test est probant avec une marge d'erreur de $1/3$ sur les sujets indemnes d'épilepsie et de 13 % chez les épileptiques n'est pas régler pratiquement la question de sa valeur diagnostique. S'exprimer sous cette forme c'est supposer déjà le problème résolu.

Quand on soumettra au test un sujet, on ignorera en principe s'il est ou non épileptique. Faudra-t-il donc s'astreindre, comme l'exige la logique scientifique, à octroyer à l'erreur son coefficient le plus fort ?

Nous allons dégager par l'étude des différents facteurs qui peuvent intervenir dans le déterminisme des convulsions cardiazoliques un certain nombre de règles ou, si l'on veut, de remarques susceptibles de limiter les erreurs et de définir les conditions où l'épreuve acquiert son maximum de rigueur.

Rôle des différents facteurs

1° LE FACTEUR RACE

Voici quelles ont été nos constatations dans les différentes catégories :

Epileptiques

Européens (5 malades) : 5 tests positifs.

Israélite (1 malade) : test positif.

Musulmans (94 malades) : 81 tests positifs (86 %) ; 13 tests négatifs (14 %).

Avant de discuter la signification de nos chiffres, on ne peut manquer d'observer que le nombre des épileptiques européens et israélites est extrêmement faible par rapport à celui des musulmans. Il y a là un fait que nous ne pouvons corriger et qui répond à la proportion effective des épileptiques de sources ethniques diverses à l'intérieur de l'établissement où nous avons opéré.

Faut-il donc dénier tout intérêt au fait que les épileptiques européens et israélites ont *tous* donné un test positif ?

N'y a-t-il pas lieu au contraire de constater que la fidélité du

test chez ces malades se rapproche singulièrement de celle qu'on trouve chez les indigènes avec 86 % de résultats positifs ?

Non-épileptiques

Européens (47 malades) : 17 tests positifs (40 %) ; 26 tests négatifs (60 %).
 Israélites (9 malades) : 3 tests positifs (33 %) ; 6 tests négatifs (67 %).
 Musulmans (48 malades) : 16 tests positifs (33 %) ; 32 tests négatifs (67 %).

Les non-épileptiques européens et musulmans sont en nombre sensiblement égal. Les résultats eux aussi sont assez voisins et montrent peu de différence. Cependant le chiffre des tests négatifs (donc des tests fidèles) semble plus élevé chez le Musulman (66,6 %) que chez l'Européen (60,4 %). Bien que le test ne porte que sur neuf Israélites, les résultats obtenus sont voisins de ceux des deux autres catégories (67 %).

Le facteur race n'a donc aucune influence sur la sensibilité au test au cardiazol.

Il serait intéressant de reprendre l'étude précédente avec un nombre égal et plus élevé d'épileptiques européens et musulmans (100 par exemple). Les conditions locales ne nous permettent pas actuellement cette recherche.

2° LE FACTEUR POIDS DU SUJET

Voici nos constatations au regard du poids des malades :

Epileptiques

moins de 50 kgs (9 malades) : 8 tests positifs (89 %) ; 1 test négatif (11 %).
 de 50 à 60 kgs (48 malades) : 42 tests positifs (87 %) ; 6 test négatifs (13 %).
 de 60 à 70 kgs (31 malades) : 27 tests positifs (87 %) ; 4 tests négatifs (13 %).
 plus de 70 kgs (12 malades) : 10 tests positifs (83 %) ; 2 tests négatifs (17 %).

Non-épileptiques

moins de 50 kgs (18 malades) : 9 tests positifs (50 %) ; 9 tests négatifs (50 %).
 de 50 à 60 kgs (36 malades) : 17 tests positifs (47 %) ; 19 tests négatifs (53 %).

de 60 à 70 kgs (35 malades) : 7 tests positifs (19 %) ; 28 tests négatifs (81 %).

plus de 70 kgs (11 malades) : 3 tests positifs (29 %) ; 8 tests négatifs (73 %).

La première conclusion à tirer de ces constatations est que le poids joue un rôle dans l'apparition des crises convulsives ou leur non production. Dans l'ensemble, *les résultats négatifs sont d'autant plus nombreux que les malades pèsent plus*. Ce n'est là que la confirmation d'un résultat que l'on s'attendait à trouver : une dose, toujours la même, d'un produit, quel que soit le poids du sujet, est d'autant plus efficace que le sujet pèse moins.

Chez les épileptiques, le test est d'autant moins fidèle que le poids du sujet est plus élevé. Cette assertion se trouve confirmée et précisée dans l'étude des pourcentages de résultats par catégories : celui des épileptiques ayant répondu négativement augmente de façon régulière avec le poids des sujets : 11 %, 13 %, 13 % et 17 %. *Chez les non-épileptiques le test est d'autant moins fidèle que le poids du sujet est moins élevé, et ceci est particulièrement vrai pour les malades qui pèsent moins de 60 kilogs.*

Si l'on prend le chiffre de 60 kg. comme « ligne de partage », on note que les malades donnent des résultats positifs ou négatifs en proportion sensiblement égale quand ils pèsent moins de 60 kg. et que la proportion des résultats négatifs augmente considérablement et *brusquement* quand on franchit cette limite.

Un examen plus détaillé de cette particularité faite en rangeant les malades non plus par catégories allant de 10 en 10 kg., mais de kilo en kilo, nous a montré que c'est bien à 60 kg. exactement que les différences commencent à s'accroître.

Les deux conclusions concernant les épileptiques et les non-épileptiques sont donc en opposition, du moins apparente. La fidélité du test chez les épileptiques diminue quand le poids augmente et chez les non-épileptiques cette fidélité augmente quand le poids diminue. Il doit donc exister un poids au niveau duquel se croisent les courbes de fidélité de ces tests ; ce poids est 60 kg. (nous ne tenons compte, bien entendu, pour le moment, que du facteur poids).

Quelles *conclusions pratiques* tirer de ces constatations ? La première est que la dose de cardiazol à injecter aux sujets à éprouver ne peut être indifféremment 3 cc. dans tous les cas. La seconde est que l'on peut calculer de la manière suivante la quantité de cardiazol à injecter à un malade de poids connu pour donner au test ses « chances » maximum de fidélité. Si l'on

admet — et cela nous semble raisonnable — que 3 cc. est la dose optima pour le test chez un homme de 60 kg., on en déduit facilement (chaque cc. de la solution du commerce contenant 100 mgs de cardiazol) qu'il faut injecter $300 : 60 = 5$ mgrs par kilogram aux malades à soumettre au test. Ce chiffre appelle une correction : rien ne prouve en effet que la dose à injecter doive être *directement proportionnelle* au poids du malade. Cette approximation nous semble cependant provisoirement valable et peut servir d'hypothèse de travail pour des recherches complémentaires.

3° LE FACTEUR ÂGE

Voici ce que nous avons relevé :

Epileptiques

moins de 20 ans (7 cas) : 6 tests positifs (82 %) ; 1 test négatif (14 %).
 de 20 à 30 ans (39 cas) : 35 tests positifs (90 %) ; 4 tests négatifs (10 %).
 de 30 à 40 ans (37 cas) : 33 tests positifs (89 %) ; 4 tests négatifs (11 %).
 de 40 à 50 ans (14 cas) : 11 tests positifs (78 %) ; 3 tests négatifs (22 %).
 au delà de 50 ans (3 cas) : 2 tests positifs (67 %) ; 1 test négatif (33 %).

On peut penser que les âges extrêmes ont une influence défavorable sur la fidélité du test. Il semble surtout que le pourcentage des résultats négatifs augmente avec l'âge des malades. En réalité, on ne saurait faire état de façon valable de pourcentages restreints comme celui qui concerne les épileptiques de plus de 50 ans (3 malades au total, dont 2 positifs = 67 % et 1 négatif = 33 %). Cependant, c'est après 40 ans que les résultats négatifs (donc infidèles) semblent devenir plus nombreux.

Non-épileptiques

moins de 20 ans (17 cas) : 8 tests positifs (47 %) ; 9 tests négatifs (53 %).
 de 20 à 30 ans (41 cas) : 17 tests positifs (42 %) ; 24 tests négatifs (58 %).
 de 30 à 40 ans (30 cas) : 9 tests positifs (30 %) ; 21 tests négatifs (70 %).
 de 40 à 50 ans (7 cas) : 1 test positif (14 %) ; 6 tests négatifs (86 %).
 plus de 50 ans (5 cas) : 1 test positif (20 %) ; 4 tests négatifs (80 %).

On remarque que, jusqu'à 30 ans, les résultats positifs et négatifs sont à peu de chose près en nombre égal (47 et 53, 42 et 58 %). Mais au delà de cet âge les résultats négatifs (donc fidèles) deviennent beaucoup plus nombreux : *chez les non-épileptiques, le test a beaucoup plus de valeur passé trente ans qu'avant cet âge.*

On peut rapprocher cette constatation de celle que nous avons faite au sujet du poids des non-épileptiques : chez eux, c'était au delà de 60 kg. que le test devenait beaucoup plus fidèle, les résultats donnés par les malades pesant moins de ce poids se partageant à peu près également en positifs et négatifs. En ce qui concerne l'âge, le test devient beaucoup plus fidèle au delà de 30 ans.

En résumé, passé 30 ans, un résultat positif désigne un épileptique avec beaucoup plus de fidélité qu'au-dessous de cet âge.

Avant 30 ans, un résultat négatif permet plus souvent d'éliminer l'épilepsie qu'au delà de cette limite.

4° LE FACTEUR RYTHME CARDIAQUE DE BASE (POULS AVANT L'ÉPREUVE)

Au regard du rythme cardiaque mesuré avant l'épreuve, nous avons fait les constatations suivantes :

Epileptiques

Rythme inférieur à 56 (23 cas) : 20 tests positifs (87 %) ; 3 tests négatifs (13 %).

de 56 à 72 (50 cas) : 42 tests positifs (84 %) ; 8 tests négatifs (16 %).

de 72 à 88 (19 cas) : 17 tests positifs (89 %) ; 2 tests négatifs (11 %).

de 88 à 104 (8 cas) : 8 tests positifs (100 %).

Pouls moyen dans les tests positifs : 69 ; dans les tests négatifs : 65.

Non-épileptiques

Rythme inférieur à 56 (18 cas) : 9 tests positifs (50 %) ; 9 tests négatifs (50 %).

de 56 à 72 (36 cas) : 14 tests positifs (39 %) ; 22 tests négatifs (61 %).

de 72 à 88 (35 cas) : 12 tests positifs (34 %) ; 23 tests négatifs (66 %).

de 88 à 104 (8 cas) : 1 test positif (12 %) ; 7 tests négatifs (88 %).

Rythme supérieur à 104 (3 cas) : 3 tests négatifs (100 %).

Pouls moyen dans les tests positifs : 66 ; dans les tests négatifs : 75.

Si les chiffres moyens du pouls sont assez voisins chez les épileptiques, chez les non-épileptiques il existe une assez grande différence entre ceux qui ont répondu positivement et ceux qui ont répondu négativement, ces derniers ayant un pouls plus rapide : 9 pulsations de plus à la minute. Chez les non-épileptiques on peut donc dès à présent supposer que le test s'est montré plus souvent négatif (done fidèle) chez les sujets ayant un pouls relativement rapide.

Non-épileptiques. — L'étude détaillée des tableaux confirme cette première constatation. Le pourcentage de non-épileptiques ayant donné un test négatif étoit régulièrement avec le chiffre du pouls (50, 61, 66 et 88 %). Aux chiffres les plus bas du pouls (jusqu'à 56 pulsations par minute), les résultats positifs et négatifs sont en nombre égal. *Chez les non-épileptiques, le test est donc d'autant plus fidèle que le pouls du malade est plus rapide.*

Epileptiques. — Chez les *épileptiques*, ces différences sont moins marquées : on note cependant un nombre très réduit d'épileptiques ayant donné un test négatif dans la catégorie « de 72 à 88 pulsations » et l'absence totale de malades dans la catégorie supérieure « 88 à 104 pulsations ». Il y a donc peu de résultats négatifs (donc infidèles) chez les malades ayant un pouls relativement rapide. *Chez les épileptiques, le test semble donc aussi d'autant plus fidèle que le pouls est plus rapide.*

Les conclusions concordant entre les non-épileptiques et les épileptiques on peut en déduire une *règle pratique* : *plus le pouls du sujet, quel qu'il soit, est rapide, plus le test a de valeur.*

La prise du pouls du sujet a donc une réelle importance dans l'appréciation du test au cardiazol ⁽¹⁾.

Ici encore, comme nous l'avons remarqué pour le poids et l'âge, il est une « ligne de partage » au-dessus et au-dessous de laquelle il est intéressant de comparer les résultats obtenus.

L'étude détaillée de ces résultats nous a montré qu'elle se situait à 72 pulsations à la minute. Pour la commodité de l'exposé qui va suivre, nous appelons pouls « lents » les pouls égaux ou inférieurs à 72, et pouls « rapides » ceux qui dépassent ce chiffre de 72.

Epileptiques

Tests positifs (87 eas) : 62 pouls « lents » (71 %) ; 25 pouls « rapides » (29 %).

Tests négatifs (13 eas) : 11 pouls « lents » (85 %) ; 2 pouls « rapides » (15 %).

Au total (100 eas) : 73 pouls « lents » ; 27 pouls « rapides ».

Non-épileptiques

Tests positifs (36 eas) : 23 pouls « lents » (64 %) ; 13 pouls « rapides » (36 %).

(1) Il serait intéressant de rechercher si le test devient plus fidèle lorsqu'on accélère le pouls du malade (par une médication parasympatholytique par exemple).

Tests négatifs (64 cas) : 31 pouls « lents » (48 %) ; 33 pouls « rapides » (52 %).

Au total (100 cas) : 54 pouls « lents » ; 46 pouls « rapides ».

On peut tout de suite faire une première constatation : chez les non-épileptiques (qui, rappelons-le, sont des sujets pris au hasard, pouvant donc représenter une moyenne) on trouve un pouls presque aussi fréquemment « lent » que « rapide » (54 lents et 46 rapides).

Par contre, *le pouls lent est beaucoup plus fréquent chez les épileptiques que le pouls rapide : 73 pouls lents contre 27 pouls rapides.*

D'autre part, cette statistique confirme, par des pourcentages globaux, la conclusion tirée de l'étude précédente : *plus le pouls du sujet est rapide, plus le test a de valeur.*

Parmi les non-épileptiques ayant donné un test correct (négatif) 52 % avaient un pouls rapide, alors que 36 % seulement ont donné un test erroné (positif) avec un pouls supérieur à 72, soit une différence de 16 %.

Les mêmes constatations peuvent être faites chez les épileptiques où 29 % des malades ayant donné un test correct (positif) avaient un pouls rapide alors que le pouls rapide ne se retrouve que dans la proportion de 15 % chez ceux qui ont donné un test erroné (négatif). Soit une différence de 14 %, assez voisine de celle trouvée chez les non-épileptiques.

5° LE TONUS NEURO-VÉGÉTATIF

Dans l'impossibilité où nous nous sommes trouvés de pratiquer de nombreuses explorations d'ordre neuro-végétatif chez les malades soumis au test nous nous sommes contentés de rechercher l'état du réflexe oculo-cardiaque.

Nous pensions en effet que le rôle du système végétatif était très grand dans le déterminisme des crises et ce fut une des hypothèses de départ de notre travail que le sujet ferait une crise avec 3 cc. de cardiazol d'autant plus facilement que sa sensibilité neuro-végétative serait plus grande. Les résultats obtenus nous ont montré que ce rôle était accessoire. Nous avons cependant pu tirer des conclusions intéressantes de cette épreuve ; rien ne prouve d'ailleurs que d'autres recherches portant sur le système végétatif des malades soumis au test avec ou sans adjonction d'agent pharmacodynamiques, n'apporteraient des rensei-

gnements très précieux sur les raisons qu'ont certains malades de répondre mieux que d'autres au test au cardiazol.

La technique de cette épreuve fut la suivante : immédiatement après la prise du pouls avant l'injection, le sujet étant toujours couché, nous avons comprimé les globes oculaires du malade pendant 15 secondes et pris le pouls pendant ces 15 secondes (en laissant en général s'écouler 4 à 5 secondes avant la prise du pouls et en la prolongeant d'autant après cessation de la compression oculaire). Nous avons cherché dans chaque cas quel était le pourcentage d'accélération ou de ralentissement du pouls par rapport au pouls avant l'épreuve en rapportant la variation du pouls sur une minute au rythme de base antérieur.

Par exemple on dira d'un malade chez lequel le rythme cardiaque-minute est abaissé de 84 à 72 par la compression des globes oculaires, que son pouls a subi un ralentissement de $84 - 72 = 12$ pulsations, soit $12 \times 100 : 84 = 14 \%$.

Nous n'avons pas cru devoir résumer les résultats dans un tableau trop détaillé car il est bien certain qu'une différence de 5 à 10 points entre ces pourcentages ne peut entrer en ligne de compte.

Voici comment se distribuent nos expériences :

Epileptiques

Nous ne présentons ici que 98 épileptiques, le réflexe oculo-cardiaque n'ayant pas été recherché par omission chez deux malades.

Accélérations supérieures à 15 % (1 cas) : 1 test positif (100 %).

Accélérations inférieures à 15 % (1 cas) : 1 test positif (100 %).

Variation nulle (13 cas) : 11 tests positifs (85 %) ; 2 tests négatifs (15 %).

Ralentissement inférieur à 15 % (53 cas) : 46 tests positifs (87 %) ; 7 tests négatifs (13 %).

Ralentissement supérieur à 15 % (30 cas) : 26 tests positifs (87 %) ; 4 tests négatifs (13 %).

Non-épileptiques

Accélérations supérieures à 15 % (3 cas) : 2 tests positifs (66 %) ; 1 test négatif (34 %).

Accélérations inférieures à 15 % (13 cas) : 5 tests positifs (38 %) ; 8 tests négatifs (62 %).

Variation nulle (10 cas) : 5 tests positifs (50 %) ; 5 tests négatifs (50 %).

Ralentissement inférieur à 15 % (46 cas) : 11 tests positifs (24 %) ; 35 tests négatifs (76 %).

Ralentissement supérieur à 15 % (28 cas) : 13 tests positifs (46 %) ;
15 tests négatifs (54 %).

Epileptiques. — Les chiffres absolus et les pourcentages concernant les épileptiques ayant répondu positivement ou négativement au test sont absolument comparables chez les malades dont le pouls se ralentissait ou n'était pas influencé par la compression oculaire. Ce qui indique que, chez eux, les modifications apportées dans le rythme du pouls par la compression oculaire ne permettent en aucune façon de prévoir la réponse au test. Il est possible que d'autres épreuves — nous l'avons dit — permettent de montrer le rôle du système végétatif dans l'apparition des crises. *La compression des globes oculaires chez les épileptiques n'a aucune valeur pour l'appréciation des résultats.*

Ces recherches mettent cependant en valeur un fait qui mérite d'être souligné : *l'extrême rareté de l'inversion du réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques* ; deux d'entre eux, sur 98, ont présenté une accélération du pouls (25 % pour l'un et 15 % pour l'autre). Tous deux ont donné un test positif. Le pouls de tous les autres est resté insensible ou s'est ralenti sous l'influence de la compression des globes oculaires.

Non-épileptiques. — On remarque d'abord chez les non-épileptiques ayant donné un résultat négatif que ce sont les malades dont le pouls se ralentit légèrement (de moins de 15 %) sous l'effet de la compression oculaire qui donnent le pourcentage le plus élevé (54,6 %). Les ralentissements plus marqués (supérieurs à 15 %) sont moins nombreux chez eux (23,6 %) que chez les non-épileptiques donnant un résultat positif (36,3 %).

Enfin, si l'on groupe les malades des deux catégories en deux lots : malades ayant un réflexe oculo-cardiaque normal (ralentissement) d'une part et les autres malades d'autre part (pouls insensible ou accéléré), on remarque que les non-épileptiques donnant un résultat positif sont beaucoup plus nombreux dans cette deuxième catégorie que ceux qui donnent un résultat négatif (33,3 % contre 21,8 %) ; on peut donc penser que *le test, chez les non-épileptiques, a plus de chance d'être fidèle si le pouls répond par un ralentissement à la compression des globes oculaires.*

Le réflexe oculo-cardiaque étant exceptionnellement inversé chez les épileptiques, on peut donc, au point de vue pratique, tirer la conclusion *qu'un réflexe oculo-cardiaque inversé rend le test plus discutable qu'un réflexe oculo-cardiaque normal ou neutre chez un sujet douteux.*

6° LE FACTEUR RYTHME CARDIAQUE APRÈS LE TEST

Le pouls a été pris sur 1/4 de minute immédiatement après la dernière secousse du malade lorsqu'il a présenté une crise convulsive. Pour les autres, il a été compté dès que le temps écoulé était assez long pour penser que le déclenchement d'une crise devenait improbable.

Le pourcentage d'accélération ou de ralentissement du pouls a été compté selon la méthode indiquée dans le chapitre précédent.

Nous n'avons pas constaté de ralentissement dépassant 50 % du pouls initial, alors que certaines accélérations atteignent 140 % et même 180 %. C'est pourquoi si nous avons fait une catégorie « accélérations supérieures à 50 % », pour l'accélération, nous n'avons pas fait l'analogue pour le ralentissement.

Voici les chiffres :

Epileptiques

Accélérations supérieures à 50 % (45 cas) : 45 tests positifs (100 %).

Accélérations de 15 à 50 % (38 cas) : 33 tests positifs (87 %) ; 5 tests négatifs (13 %).

Variations inférieures à 15 % (14 cas) : 6 tests positifs (43 %) ; 8 tests négatifs (57 %).

Ralentissement supérieur à 15 % (2 cas) : 2 tests positifs (100 %).

(Une fois le pouls n'a pas été compté après la crise.)

Non-épileptiques

Accélérations supérieures à 50 % (23 cas) : 15 tests positifs (65 %) ; 8 tests négatifs (35 %).

Accélérations de 15 à 50 % (33 cas) : 12 tests positifs (36 %) ; 21 tests négatifs (64 %).

Variations inférieures à 15 % (37 cas) : 7 tests positifs (19 %) ; 30 tests négatifs (81 %).

Ralentissement supérieur à 15 % (7 cas) : 2 tests positifs (29 %) ; 5 tests négatifs (71 %).

On peut distinguer quatre catégories de malades :

1° Ceux dont le pouls reste *indifférent* à l'injection (la variation, accélération ou ralentissement, ne dépassant pas 15 % du chiffre initial). Ils représentent 25,5 % des malades (51) ;

2° Ceux qui présentent une *accélération moyenne* du pouls (de 15 à 50 %). Ils sont 71, soit 35,5 %. Cette accélération est proba-

blement due soit à une action pharmaco-dynamique directe du cardiazol (1), soit à l'anxiété légère que peut provoquer l'injection de cardiazol ; on la retrouve en effet avec une assez grande fréquence aussi bien chez les malades ayant présenté une crise convulsive après l'injection du cardiazol que chez les autres.

37,9 % chez les épileptiques à tests positifs ; 38,5 % chez ceux dont le test est négatif.

33,6 % chez les non-épileptiques ayant fait une crise ; 38,5 % chez ceux qui n'ont pas fait de crise.

3° Ceux chez qui *l'accélération du pouls est élevée*, il s'agit des malades chez qui l'accélération du pouls dépasse 50 % du chiffre initial. Ils sont 68, soit 34 %. Ce sont les malades qui ont présenté une crise à la suite de l'injection qui sont les plus nombreux dans cette catégorie (60 sur 68, soit 88 %). Il s'agit là d'une réaction vasculaire plus spécifiquement post-paroxystique. Il faut noter que, parmi les épileptiques, aucun des malades ayant présenté un test négatif ne rentre dans cette catégorie.

Chez les épileptiques ayant donné un résultat positif on note un rapport assez étroit entre la moyenne des crises mensuelles, facteur que nous étudions plus loin en détail, et la violence de l'accélération du pouls. Parmi les 45 épileptiques ayant présenté une accélération dépassant 50 % les 8 malades ayant présenté les accélérations les plus élevées (au-dessus de 120 %) avaient tous une moyenne mensuelle de crises épileptiques élevée : 10, 22, 8, 6,5, 7, 4,5, 5 et 7, c'est-à-dire que 7 malades sur 8 (87,5 %) avaient une moyenne mensuelle de plus de 5 crises, alors que 24 % seulement de nos épileptiques dépassent ce chiffre. Il semble bien que *l'ébranlement vasculaire soit d'autant plus violent que la moyenne mensuelle des crises est plus élevée*. Par contre, chez les mêmes épileptiques, 8 malades ayant donné un test négatif ont vu leur pouls s'accélérer au delà de 50 %. On peut se demander, étant donnée la grande fréquence de cette accélération élevée chez les malades faisant une crise et sa rareté chez ceux qui n'en font pas, si cette accélération ne serait pas la seule manifestation d'une crise épileptique non convulsive : en d'autres termes, *si l'accélération du pouls après injection de 3 cc. de*

(1) L'accélération du pouls en dehors de toute crise motrice laisse supposer qu'en plus de son mécanisme convulsivant violent, le cardiazol a peut-être une action plus spécifique, plus discrète en tout cas, directement ou par l'intermédiaire des systèmes cardio-vasculaire ou végétatif : l'accélération du pouls serait le témoin de cette action. Ceci expliquerait les résultats obtenus dans certaines psychoses par la cardiazolthérapie à doses « vertigineuses » et non convulsivantes.

cardiazol à plus de 50 % de son chiffre initial ne serait pas un équivalent épileptique.

4° Enfin, dans le dernier groupe, entrent les malades dont le pouls s'est ralenti au delà de 15 % après l'injection de cardiazol. Ils sont peu nombreux (5 malades, soit 4,5 %). Sur les 9 malades de ce groupe, 5 ont répondu négativement au test (tous non-épileptiques). Quant aux 4 autres dont le pouls se ralentit après la crise, 2 étaient non épileptiques, 2 épileptiques. Or, il se trouve que ces 2 épileptiques n'ont pas fait de crises franches mais ont présenté des symptômes qui permettaient de représenter le test comme positif, dans les limites que nous avons fixées au début de cet article. On peut, là aussi, se demander s'il s'agissait vraiment d'un équivalent dans ces deux cas, ou *s'il ne faut pas exiger une accélération du pouls pour affirmer l'authenticité d'une crise larvée*.

De cette constatation et de la précédente, il semble licite de tirer la conclusion que l'accélération du pouls après l'injection de cardiazol est à prendre sérieusement en considération chez tous les sujets dans l'appréciation du test.

Ceci n'est pas en contradiction avec l'existence dans certains cas d'un ralentissement du pouls dépassant 15 % après une crise convulsive franche : 2 non-épileptiques firent une crise franche et leurs pouls se ralentirent respectivement de 37 % et de 29 %.

Il est intéressant de voir dans quelles proportions se partagent les malades entre ces quatre catégories.

Epileptiques. — Pas de réactions extrêmes chez les épileptiques ayant donné un test négatif (13 cas). Aucune accélération du pouls chez eux n'est supérieure à 40 %, aucun ralentissement inférieur à 15 %. La plupart sont indifférents, 8 sur 13, soit 61,5 %.

Quant aux épileptiques ayant donné un résultat positif (86 cas), les pourcentages sont d'autant plus élevés que l'accélération est plus grande : on en compte 2,3 % dans la 4^e catégorie (ralentissement d'au moins 15 %) et les chiffres augmentent régulièrement et rapidement jusqu'à 51,9 % dans la première (accélération élevée).

Non-épileptiques. — Mêmes remarques pour ceux qui ont donné un résultat positif que pour les épileptiques ayant donné également un résultat positif ; les pourcentages s'élèvent régulièrement, quoique moins rapidement, de la 4^e à la 1^{re} catégorie (5,6 % à 41,3 %).

Quant aux non-épileptiques ayant répondu négativement au test (64 cas), s'ils présentent quelques réactions extrêmes, elles sont peu nombreuses aussi (20 % au total). La légère différence que l'on constate entre les non-épileptiques ayant répondu négativement et les épileptiques à réponses négatives tient sans doute au petit nombre de ces derniers, ce qui donne un pourcentage moins précis.

Au point de vue pratique, il semble bien que si les épileptiques réagissent plus vivement que les non-épileptiques, dans l'ensemble les modifications du pouls sont assez semblables chez les uns et chez les autres.

7° LE FACTEUR « QUOTIENT ÉPILEPTIQUE ».

MOYENNE MENSUELLE DES CRISES

Cette moyenne a été faite sur le nombre de crises constatées à l'hôpital pendant les six derniers mois pour les malades anciens ; pendant moins de six mois, pour les malades plus récents ; pendant deux mois seulement pour de rares cas.

Pour la plupart, les épileptiques soumis au test étaient des malades hospitalisés et *traités* depuis plus de deux mois. Le gardénal ne leur avait été supprimé que pendant les huit jours précédant l'épreuve. Le nombre de crises convulsives dépend donc ici du traitement suivi et ne représente pas le quotient épileptique réel.

16 malades étant hospitalisés depuis moins de deux mois, nous n'avons pas jugé possible d'établir une moyenne mensuelle pour un temps si court. C'étaient cependant des épileptiques authentiques ; certains avaient fait la preuve de leur mal à l'hôpital ; d'autres nous avaient été évacués avec ce diagnostic d'un service psychiatrique de première ligne ; d'autres présentaient des signes, des cicatrices, apportaient des renseignements ne laissant aucun doute sur leur comitialité. Ce sont ces malades qui entrent dans la catégorie « moyenne inconnue » du tableau ci-après : 14 d'entre eux ont donné une réponse positive au test ; ils représentent 16 % des épileptiques ayant fourni un résultat positif. Les deux autres ont répondu négativement : ils représentent 15,4 % des épileptiques à résultat négatif. La quasi-identité de ces pourcentages montre que l'absence de renseignements concernant ces 16 malades ne risque en rien de fausser les conclusions que l'on pourra tirer des résultats ci-dessous :

Les chiffres sont les suivants :

Malades ayant moins d'une crise par mois (19) : 14 tests positifs (73 %) ; 5 tests négatifs (29 %).
Malades ayant de 1 à 2 crises par mois (16) : 12 tests positifs (75 %) ; 4 tests négatifs (25 %).
Malades ayant de 2 à 3 crises par mois (11) : 9 tests positifs (82 %) ; 2 tests négatifs (18 %).
Malades ayant de 3 à 4 crises par mois (9) : 9 tests positifs (100 %).
Malades ayant de 4 à 5 crises par mois (8) : 8 tests positifs (100 %).
Malades ayant de 5 à 6 crises par mois (5) : 5 tests positifs (100 %).
Malades ayant de 6 à 7 crises par mois (4) : 4 tests positifs (100 %).
Malades ayant de 7 à 8 crises par mois (6) : 6 tests positifs (100 %).
Malades ayant de 8 à 9 crises par mois (2) : 2 tests positifs (100 %).
Malades ayant plus de 9 crises par mois (4) : 4 tests positifs (100 %).
Malades dont le quotient est inconnu (16) : 14 tests positifs (88 %) ; 2 tests négatifs (12 %).

Le fait saillant à retenir est que *tous les épileptiques qui ont répondu négativement au test avaient une moyenne inférieure à trois crises mensuelles*, alors que parmi les malades ayant donné un test positif, presque la moitié (43,8 %) avaient plus de trois crises par mois en moyenne. *En somme, quand la moyenne des crises dépasse trois par mois, le test est positif dans tous les cas.* Ceci semble aller à l'encontre des affirmations de certains auteurs (9) pour lesquels les épileptiques n'ont pas une sensibilité au cardiazol plus grande que les non-épileptiques. On ne saurait être taxé d'imprudance si l'on tire de nos constatations la conclusion que le cardiazol déclenche plus facilement des crises convulsives sur un terrain épileptique avéré ; ce qui semble fournir par ailleurs un argument contre la valeur pratique de l'épreuve : A quoi bon un test qui n'a de valeur absolue que chez un sujet ayant un nombre de crises tel que le diagnostic est évident ?

Il est aisé de réfuter cette objection.

Quand on décide d'utiliser le test pour éviter une mise en observation prolongée, on ignore *à priori* quelle serait la durée de cette observation. On ne peut donc dire si le diagnostic sera évident.

En admettant même ce raisonnement, la critique ne vaut que pour la moitié des malades environ (43,8 %) ayant plus de trois crises mensuelles ; 40,2 % ont une moyenne inférieure à trois crises mensuelles.

D'autre part, nous ne prétendons pas que ce test ait une valeur

absolue, mais une valeur d'appoint dans l'ensemble des données cliniques et anamnestiques.

Enfin, chez certains malades, la fréquence des crises douteuses n'est pas une preuve de leur origine épileptique. Cela vaut surtout en milieu nord-africain où le départ entre les crises épileptiques et pithiatiques est souvent extrêmement difficile.

Si l'on compare deux choses comparables, c'est-à-dire les malades ayant moins de trois crises mensuelles (ils sont au total 46 dont 11 ayant répondu négativement et 35 positivement) on voit que, dans cet ensemble, 76 % des malades, soit plus des 3/4, ont donné un test exact et que 1/4 seulement a donné un test négatif. Le test garde donc sa valeur.

De toutes façons cette positivité du test dans 100 % des cas où l'épilepsie est très certaine ne peut que signer sa valeur objective.

En résumé, on peut donc dire que : *chez les épileptiques le test est d'autant plus fidèle que le nombre de crises est plus grand*. Ceci est évident d'ailleurs dans les pourcentages par catégories, le chiffre des épileptiques ayant donné un résultat positif croissant régulièrement des malades ayant peu de crises (73 %) aux malades en ayant de nombreuses (100 %).

Mais au point de vue pratique, les sujets à soumettre au test sont justement ceux qui ont des crises rares ou douteuses. Retenons pour eux cette conclusion : *le test, sur un sujet à crises rares ou douteuses, donne un résultat exact dans les 3/4 des cas si le malade est réellement un épileptique*.

8° LE RÔLE DE LA NATURE DES AFFECTIONS DE MALADES NON-ÉPILEPTIQUES SOUMIS AU TEST

Nous rappelons que les malades de ce lot n'ont pas été choisis, mais pris au hasard parmi les entrants de préférence.

Nous les avons classés par ordre d'importance numérique en mettant en tête la catégorie la plus nombreuse et ainsi de suite (exception faite pour les maniaques que nous avons voulu rapprocher des mélancoliques).

Voici nos résultats :

Démence précoce (39 cas) : 14 tests positifs (36 %) ; 25 tests négatifs (64 %).

Arriérés, débiles (15 cas) : 6 tests positifs (40 %) ; 9 tests négatifs (60 %).

Psychoses hallucinatoires chroniques (6 cas) : 1 test positif (16,6 %) ; 5 tests négatifs (83,4 %).

Déséquilibres, perversions (5 cas) : 1 test positif (20 %) ; 4 tests négatifs (80 %).

Crises excito-motrices des indigènes (4 cas) : 2 tests positifs (50 %) ; 2 tests négatifs (50 %).

Syndromes dépressifs (4 cas) : 1 test positif (25 %) ; 3 tests négatifs (75 %).

Mélancolie (4 cas) : 4 tests négatifs (100 %).

Manie aiguë (2 cas) : 2 tests négatifs (100 %).

Alcoolisme chronique (4 cas) : 2 tests positifs (50 %) ; 2 tests négatifs (50 %).

Pithiatisme (4 cas) : 1 test positif (25 %) ; 3 tests négatifs (75 %).

Séquelles d'encéphalite (3 cas) : 3 tests positifs (100 %).

Anxiété (2 cas) : 2 tests positifs (100 %).

Psychoses infectieuses (2 cas) : 1 test positif (50 %) ; 1 test négatif (50 %).

Psychoses post-traumatiques (2 cas) : 1 test positif (50 %) ; 1 test négatif (50 %).

Cannabisme chronique (2 cas) : 1 test positif (50 %) ; 1 test négatif (50 %).

Démence vésanique (1 cas) : 1 test négatif (100 %).

Paralysie générale (1 cas) : 1 test négatif (100 %).

Il n'est pas possible de tirer de conclusions valables concernant la sensibilité au test selon l'affection pour la plupart des catégories qui ne contiennent que 2, ou 3 ou 4 malades.

Mais les autres catégories permettent de relever un certain nombre de renseignements intéressants.

Les *déments précoces*, qui sont de loin les plus nombreux, donnent un pourcentage de résultats positifs et négatifs absolument semblable au pourcentage global : 36 et 64 %. Bien qu'ils soient par leur nombre même responsables en grande partie de ce pourcentage global, on peut penser que la démence précoce n'influence pas la réponse du malade qui réagit en tant que sujet ayant des aptitudes personnelles et non en tant que dément précoce.

La même remarque peut être faite concernant les *arriérés et pervers*, quoique le pourcentage soit un peu moins voisin du pourcentage global que le précédent : 40 et 60 %.

Les malades assez divers, classés dans la rubrique « *psychoses hallucinatoires chroniques* », ont en grand nombre donné un résultat négatif (83,4 %).

On peut noter d'autre part que les trois malades qui présentaient des *séquelles d'encéphalite* ont répondu positivement au test. On ne saurait avec prudence tirer des conclusions portant

sur un si petit nombre de cas, mais il serait intéressant de poursuivre des recherches dans cette voie et de chercher s'il y a une sensibilité particulière chez ces malades et quelle en est la cause.

Quant aux *pithiatiques*, leur nombre est malheureusement réduit : mais nous avons dû être sévère dans leur choix, car (nous le disions plus haut) le départ entre les pithiatiques purs et les hystéro-épileptiques est extrêmement difficile en Afrique du Nord. Nous n'avons soumis au test que les sujets qui étaient sûrement des pithiatiques et certainement pas des épileptiques. Dans trois cas sur quatre, le test chez eux s'est montré négatif. Leur sensibilité peut donc être considérée comme très réduite et en tous cas infiniment moindre que celle des épileptiques. Là aussi, il faudrait reprendre et poursuivre des recherches sur un nombre de malades plus grand.

Mais le fait qui nous a le plus frappé, c'est l'absence systématique de réponse au test des *maniaco-dépressifs* ; quatre mélancoliques et deux maniaques ont donné dans tous les cas un test négatif. Pourquoi ? Nous l'ignorons. Mais ce fait vient confirmer les constatations de Langeluddeke (2) pour qui l'aptitude convulsive des maniaco-dépressifs serait faible.

Ce test au cardiazol, mis au point de façon plus précise, rendu plus sensible, pourra peut-être permettre un jour de différencier les manies et mélancolies franches à leur début des schizophrénies à début maniaco-dépressif et de traiter celles-ci plus tôt.

Conclusions

Il nous semble nécessaire, pour terminer ce travail, de faire une double synthèse.

I. La première, d'ordre théorique, nous permettra de tirer les conclusions de ce travail en ce qui concerne les épileptiques d'une part, les non-épileptiques d'autre part.

A. — EN CE QUI CONCERNE LES ÉPILEPTIQUES

a) Sur 100 épileptiques authentiques soumis au test, 87 ont donné un résultat positif. Le test, chez les épileptiques, est donc valable dans près de neuf cas sur dix.

b) Le test est d'autant moins fidèle que le poids du sujet est plus élevé.

c) Le test est d'autant plus fidèle que le pouls du malade est plus rapide. Chez les épileptiques, le pouls est par ailleurs nettement plus lent que chez les non-épileptiques.

d) Chez les épileptiques, la compression des globes oculaires donne exceptionnellement une accélération du pouls. Les modifications de celui-ci après cette épreuve n'ont aucune valeur dans l'appréciation des résultats.

e) En règle générale, le pouls s'accélère après une crise convulsive et cette accélération est nécessaire pour affirmer l'authenticité d'une crise larvée. L'ébranlement vasculaire et l'accélération du pouls sont d'autant plus grands que la moyenne mensuelle des crises est plus élevée.

f) Quand la moyenne des crises dépasse trois par mois, le test est positif dans tous les cas sans exception ; quand elle est inférieure à trois par mois, il donne un résultat exact dans les 3/4 des cas.

g) Le petit nombre de résultats négatifs obtenus ne permet pas de juger des rôles de la race et de l'âge.

B. — EN CE QUI CONCERNE LES NON-ÉPILEPTIQUES

a) Sur 100 malades pris au hasard, non-épileptiques, soumis au test, 64 ont donné un résultat négatif. Le test est donc valable chez les non-épileptiques dans les 2/3 des cas.

b) Bien que le nombre des tests exacts soit très légèrement plus élevé chez le Musulman que chez l'Européen, il ne semble pas possible de faire jouer un rôle à la race dans la sensibilité au cardiazol chez les non-épileptiques.

c) Le test est d'autant moins fidèle que le poids du sujet est moins élevé, et ceci est particulièrement vrai pour les malades qui pèsent moins de 60 kilos.

d) Il a beaucoup plus de valeur passé 30 ans qu'avant cet âge.

e) Il est d'autant plus fidèle que le pouls du malade est plus rapide.

f) Il a plus de chance d'être exact si le pouls répond normalement (ralentissement) à la compression des globes oculaires.

g) Les modifications du pouls après le test sont, comme chez les épileptiques, fonction du déclenchement ou du non-déclenchement d'une crise convulsive. Il semble cependant exister des crises larvées qui ne se manifestent que par une accélération du pouls très marquée.

h) La nature de l'affection mentale dont souffre le non-épileptique soumis au test semble jouer un rôle dans certains cas. Les post-encéphalitiques semblent assez sensibles à l'action du cardiazol. Par contre les maniaco-dépressifs y sont remarquablement résistants. Les hallucinés chroniques et les déséquilibrés y semblent également plus résistants que la moyenne des malades.

Le petit nombre de cas observés ne nous permet pas de trancher complètement la question de la sensibilité des pithiatiques au cardiazol qui semble cependant très réduite et en tous cas infiniment moindre que celle des épileptiques.

II. Une deuxième synthèse nous permet de tirer des *conclusions d'ordre pratique* concernant la valeur du test au cardiazol, dans le diagnostic de l'épilepsie sur un sujet suspect, de déterminer à la fois l'extension qu'on peut lui donner et les réserves qu'il faut faire ; en un mot, d'établir les limites de sincérité de cette épreuve.

a) Sur 200 malades épileptiques et non-épileptiques soumis au test, nous avons obtenu 151 résultats exacts (obtention d'une crise chez les épileptiques et non réaction chez les non-épileptiques), soit dans les 3/4 des cas.

b) Le facteur *race* semble n'avoir aucune influence sur la sensibilité du test au cardiazol.

c) Le *poids* du malade joue un rôle indiscutable : plus le poids du sujet est élevé moins le test a de chance d'être positif et inversement. La conséquence pratique est qu'il faut proportionner la quantité de cardiazol à injecter au poids du sujet : le chiffre de 5 mgr. par kilo nous semble être celui qui doit être adopté provisoirement.

d) L'*âge* du sujet soumis au test doit être pris en considération, bien que son rôle soit assez obscur. Il semble bien toutefois que les âges extrêmes ont une influence défavorable sur la fidélité au test.

e) L'étude du *pouls* du sujet avant l'injection est très importante, car — et c'est là un des résultats les plus nets de notre travail — plus le pouls est rapide, plus le test a de valeur, dans tous les cas.

f) Si, après *compression des globes oculaires*, le pouls s'accélère (réponse inversée), le test est plus discutable que si le pouls se ralentit ou ne se modifie pas.

g) Si l'injection de cardiazol n'a pas déclenché de crises convulsives, on ne peut prendre en considération une crise larvée

que si le pouls du sujet s'accélère au delà de 50 % de son chiffre initial. Par contre, il existe sans doute certains « *équivalents vasculaires* » qui ne se manifestent que par cette accélération marquée du pouls.

BIBLIOGRAPHIE

1. MANCEAUX, BARDENAT, SUTTER, BERTIN et SUSINI. — Intérêt du Cardiazol-Test pour le diagnostic de l'épilepsie. Réunion médicale de la XIX^e Région, séance du 20 mai 1940. *Algérie Médicale*, avril-juin 1941.
 2. LANGELEDDEKE. — L'importance du diagnostic différentiel des convulsions provoquées par le cardiazol. *Zeitschr. für g. Neuro. und Psych.* 1936. Anal. in *Ann. Méd.-Psych.*, avril 1938, p. 544.
 3. CAMPAILLA. — L'accès épileptique provoqué par le cardiazol au point de vue de la pathogénie et du diagnostic en neuro-psychiatrie. *Rivista di patologia, e ment.*, janvier-février 1937. Anal. in *Ann. Méd.-Psych.*, avril 1938, p. 545.
 4. EUZIÈRE, LAFON et ROCHE. — L'épreuve au syntropan. Test des manifestations convulsives et en particulier de l'épilepsie. *Arch. Soc. Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, janvier 1938, p. 69.
 5. GILBERT MUYLE. — *Le Scalpel*, 15 janvier 1938.
 6. GILBERT MUYLE. — De la valeur de l'épreuve au cardiazol en tant que test-diagnostic de l'épilepsie. *Journal belge de Neurol. et de Psych.*, juillet 1938, page 525.
 7. J.-O. TRELLES et H. MORANTE-FEBRES. — Le test au cardiazol dans le diagnostic de l'épilepsie. *Revista di Neuro-Psiquiatria*, t. 1, n° 3, septembre 1938, p. 354-372.
 8. NACHTSHEIM. — La signification des convulsions cardiazoliques pour le diagnostic de l'épilepsie héréditaire. Expériences sur des lapins sensibilisés et non sensibilisés aux crises. *Dtsch. med. Woch.*, 3 février 1939, n° 5, p. 168.
 9. RISER. — L'épilepsie au point de vue militaire. *Toulouse Médical*, n° 2, 1940.
-

POSOLOGIE DU CARDIAZOL

(Détermination de la dose convulsivante)

PAR

MAURICE POROT (1)

Il nous a paru intéressant de chercher un moyen d'obtenir, avec un minimum de certitude, des crises convulsives par injection de cardiazol intra-veineux. Bien souvent, en effet, le malade présente une réaction d'angoisse sans convulsions, parfois même une simple impression désagréable. Bien que certains auteurs aient essayé de n'employer le cardiazol qu'à doses « vertigineuses » il est des cas où l'obtention de crises convulsives semble réellement indispensable pour mener à bien le traitement. C'est le cas, par exemple, des syndromes catatoniques, des syndromes de persévération ou d'inhibition dans lesquels un simple vertige, même répété, est impuissant à apporter un bouleversement suffisant de l'état du sujet pour l'arracher à sa psychose.

Il est un fait certain : chaque malade fait ses crises à partir d'un chiffre donné, impossible à définir d'avance. De nombreux facteurs interviennent sans doute dans cette détermination : poids, sexe, âge, affection en cause, équilibre vago-sympathique et circulatoire, état général et même conditions atmosphériques (nous les étudierons en détail par ailleurs) ; ce qui est certain, c'est que le *poids* joue un rôle de premier plan dans cette détermination ; c'est en partant de ce fait que nous avons essayé de calculer la dose de cardiazol nécessaire à déclancher des convulsions.

Rappelons tout d'abord une constatation sur laquelle tous les auteurs sont d'accord : la nécessité d'augmenter progressivement la dose de cardiazol au cours des traitements si l'on veut obtenir

(1) Travail de l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville (Alger).

des crises à coup sûr. Tel malade, chez qui 4 cc. de cardiazol déclanchent trois ou quatre fois de suite une crise convulsive, n'en fera plus qu'avec 5 cc. à la cinquième ou à la sixième injection, avec 6 cc. à la dixième ou à la onzième. Ce n'est là qu'un schéma. Mais il doit servir à rappeler que les chiffres que nous allons chercher à établir ne valent que *pour les toutes premières injections* et devront être augmentés progressivement au cours d'un traitement suivi.

Calcul de la dose moyenne

Le calcul que nous avons fait est le suivant :

Un malade reçoit une série d'injections de cardiazol à titre thérapeutique. Un certain nombre d'entre elles déclenchent une crise convulsive, d'autres non. La raison peut en être que la dose de début était insuffisante : une ou plusieurs injections ont été nécessaires pour trouver la dose convulsivante ; ou bien elle l'est devenue en cours de traitement en raison de la lente accoutumance signalée plus haut.

Laissant de côté ces injections sans résultats convulsifs, nous avons totalisé les doses qui ont provoqué des crises et les avons divisées par le nombre de crises obtenues ; en d'autres termes nous avons *cherché la dose moyenne* de cardiazol ayant déclanché une crise chez un malade donné.

Faisons remarquer tout de suite que le chiffre ainsi obtenu est tout à fait artificiel, et certainement inférieur à celui qui a déclanché la dernière convulsion ; mais le chiffre recherché est celui qui déclanchera une crise avec certitude lors de la *première* injection de cardiazol. Le chiffre moyen obtenu est supérieur à celui qui a déclanché la première crise convulsive. Il existe donc là en quelque sorte une « marge de sécurité » qui ne représente cependant pas un excès trop grand de cardiazol.

Cette dose moyenne est exprimée en milligrammes. Nous rappelons que la solution du commerce contient 0 gr. 10 par centimètre cube, soit 100 milligrammes.

Cette dose moyenne est alors divisée par le poids du malade lors de la première injection de cardiazol, poids arrondi au kilogramme.

Le résultat obtenu représente en milligrammes la quantité de cardiazol qui a été nécessaire pour déclancher certainement une crise chez le malade en question, rapportée au kilogramme.

Prenons un exemple (malade n° 3016) : ce malade a reçu dix injections de cardiazol allant de 3 cc. à 6 cc. Il n'a fait que cinq crises convulsives avec 3, 4, 5 et 6 cc. Sa « dose moyenne » est de $3 + 4 + 5 + 5 + 6 = 23 \text{ cc} : 5 = 4 \text{ cc. } 60 = 460 \text{ mmgr.}$ Ce malade pesait 56 kilos. La dose par kilo était de $460 : 56 = 8$ milligrammes 21.

Les résultats obtenus

Ils sont groupés dans quatre listes : hommes européens et indigènes ; femmes européennes et indigènes. Ceci a été fait dans le but de rechercher si le sexe ou la race jouent un rôle dans la sensibilité au cardiazol.

La dernière ligne de chaque liste indique la dose moyenne par kilo obtenue en divisant le total des doses moyennes par kilo par le nombre de malades.

Les chiffres rapportés dans les listes ci-dessous ont été relevés au cours de traitements au cardiazol, sans tenir compte du nombre d'injections faites ; seul le nombre de crises convulsives obtenues a été pris en considération. Par ailleurs, afin d'obtenir des moyennes valables, nous n'avons pas tenu compte des sujets n'ayant fait que deux crises convulsives.

1° Hommes européens

Observation	2010 (60 kg.) : 7 crises avec	414 mg., soit	6,90 mg. par kg.
—	3472 (51 kg.) : 7	— 342 mg., —	6,70 mg. —
—	3849 (57 kg.) : 7	— 428 mg., —	7,50 mg. —
—	3616 (48 kg.) : 7	— 414 mg., —	8,62 mg. —
—	3701 (80 kg.) : 6	— 550 mg., —	6,87 mg. —
—	2771 (50 kg.) : 6	— 333 mg., —	6,66 mg. —
—	374 (50 kg.) : 6	— 466 mg., —	9,32 mg. —
—	3872 (47 kg.) : 6	— 516 mg., —	10,97 mg. —
—	3764 (57 kg.) : 5	— 360 mg., —	6,31 mg. —
—	2818 (58 kg.) : 5	— 600 mg., —	10,34 mg. —
—	2826 (47 kg.) : 5	— 540 mg., —	11,49 mg. —
—	2804 (63 kg.) : 5	— 380 mg., —	6,03 mg. —
—	1462 (57 kg.) : 5	— 300 mg., —	5,26 mg. —
—	2757 (55 kg.) : 4	— 650 mg., —	11,82 mg. —
—	3769 (43 kg.) : 4	— 400 mg., —	9,30 mg. —
—	3493 (61 kg.) : 4	— 550 mg., —	9,01 mg. —
—	2348 (63 kg.) : 4	— 525 mg., —	8,33 mg. —
—	3903 (75 kg.) : 3	— 400 mg., —	5,33 mg. —

Observation	3850 (45 kg.) : 3 crises avec	433 mg., soit	9,62 mg. par kg.
—	3314 (80 kg.) : 3 —	400 mg., —	5 mg. —
—	3841 (50 kg.) : 3 —	366 mg., —	7,32 mg. —

Dose moyenne par kilogr. : 7,56 mgr.

2° Hommes indigènes

Observation	3547 (65 kg.) : 6 crises avec	750 mg., soit	11,54 mg. par kg
—	3695 (65 kg.) : 6 —	500 mg., —	7,69 mg. —
—	1896 (65 kg.) : 6 —	366 mg., —	6,64 mg. —
—	2446 (48 kg.) : 6 —	600 mg., —	12,50 mg. —
—	870 (65 kg.) : 5 —	500 mg., —	7,69 mg. —
—	3016 (56 kg.) : 5 —	460 mg., —	8,21 mg. —
—	298 (81 kg.) : 5 —	420 mg., —	5,18 mg. —
—	3700 (62 kg.) : 4 —	600 mg., —	9,67 mg. —
—	1392 (58 kg.) : 4 —	375 mg., —	6,46 mg. —
—	1041 (62 kg.) : 4 —	450 mg., —	7,25 mg. —
—	3794 (51 kg.) : 4 —	525 mg., —	10,29 mg. —
—	3846 (53 kg.) : 3 —	483 mg., —	9,11 mg. —
—	X... (63 kg.) : 3 —	366 mg., —	5,80 mg. —
—	3718 (54 kg.) : 3 —	466 mg., —	8,63 mg. —
—	2888 (61 kg.) : 3 —	533 mg., —	8,74 mg. —
—	3708 (63 kg.) : 3 —	600 mg., —	9,52 mg. —
—	3601 (54 kg.) : 3 —	400 mg., —	7,40 mg. —

Dose moyenne par kilogr. : 8,37 mgr.

3° Femmes européennes

Observation	795 (48 kg.) : 10 crises avec	370 mg., soit	7,70 mg. par kg.
—	3582 (67 kg.) : 9 —	511 mg., —	7,62 mg. —
—	777 (54 kg.) : 8 —	472 mg., —	8,75 mg. —
—	140 (59 kg.) : 6 —	433 mg., —	7,34 mg. —
—	966 (42 kg.) : 5 —	340 mg., —	8,09 mg. —
—	2175 (37 kg.) : 4 —	275 mg., —	7,43 mg. —
—	1408 (48 kg.) : 3 —	400 mg., —	8,33 mg. —

Dose moyenne par kilogr. : 8,03 mgr.

4° Femmes indigènes

Observation	3543 (37 kg.) : 11 crises avec	280 mg., soit	7,59 mg. par kg.
—	976 (46 kg.) : 8 —	387 mg., —	8,42 mg. —
—	3443 (50 kg.) : 3 —	400 mg., —	8,00 mg. —
—	1919 (68 kg.) : 3 —	333 mg., —	4,89 mg. —

Dose moyenne par kilogr. : 7,22 mgr.

Nous obtenons donc les doses moyennes par kilogramme suivantes :

Hommes européens	7,56
Hommes indigènes	8,37
Femmes européennes	8,03
Femmes indigènes	7,22

Ces chiffres sont, dans l'ensemble, assez voisins pour que l'on puisse essayer d'en tirer des conclusions.

On note, chez les hommes, que les indigènes nécessitent une dose de cardiazol plus élevée que les Européens pour faire une crise, près d'un milligramme par kilo.

Par contre, il semble que ce soit le contraire chez les femmes. En réalité, il faut tenir compte du chiffre très bas de la dose moyenne de la malade 1919 (4 mmgr. 89) qui fausse un peu la moyenne en raison du petit nombre de femmes indigènes de cette statistique. Si l'on ne tient compte que des trois premiers, la dose moyenne par kilo est de 8 mgr., chiffre tout à fait voisin de celui des Européens.

Conclusions et applications pratiques

On peut donc dire que la dose moyenne convulsivante de cardiazol est de huit milligrammes par kilo. *En injectant autant de fois 8 mmgr. que le malade pèse de kilos, on est certain d'obtenir une crise convulsive.*

Nous insistons encore une fois sur le caractère *moyen* de cette dose. Elle sera — nous avons expliqué plus haut pourquoi — presque toujours supérieure à la dose liminaire et par conséquent largement suffisante pour déclancher une crise convulsive dès la première injection.

Or, il est de très nombreux cas où l'obtention d'une crise dès cette première injection est absolument indispensable pour éviter au malade la sensation d'angoisse, parfois atrocement pénible, qui peut empêcher la continuation du traitement en raison de l'opposition ultérieure du malade ou le contrecarrer sérieusement par les troubles affectifs qu'il risque de provoquer.

Il est bien entendu qu'il est pratiquement impossible d'injecter exactement la dose nécessaire calculée ainsi que nous l'indiquons. Le produit du poids du malade par huit donne en milligrammes un chiffre qu'il suffira d'approcher au demi-centigramme, donc au demi-centimètre cube, pour obtenir une crise avec certitude ;

un malade pesant 60 kg. (à qui il faut donc injecter 480 mmgr. de produit, soit 4 cc., 8) réussira aussi bien sa première crise avec 4 cc. 1/2 qu'avec 5 cc.

Nous n'avons, pour notre part, pas encore constaté d'échec en appliquant la règle des 8 mmgr. par kilo que nous indiquons, depuis que nous l'avons mise en pratique. Il est cependant possible qu'il y ait des exceptions, mais elles doivent être rares.

Ce sera le rôle du médecin de savoir, par la suite, augmenter progressivement les doses pour éviter la lente accoutumance dont nous avons parlé. Le conseil de Claude et Rubenovitch d'augmenter la dose de 1/2 cc. chaque fois que le temps de latence entre l'injection et le début de la crise dépassait 15 secondes s'est révélé très pratique à l'usage.

Nous voudrions, en terminant, rappeler que ce chiffre de huit milligrammes par kilo auquel nous sommes arrivés ne doit pas être pris comme un chiffre rigoureusement établi et défini. Il ne doit être qu'un instrument commode pour instituer et poursuivre un traitement que l'esprit clinique du médecin saura beaucoup mieux régler que toute règle rigide.

Nous estimerons avoir fait œuvre utile si les indications faisant l'objet de ce travail permettaient, dans une certaine mesure, d'éviter aux malades les désagréments parfois extrêmement pénibles d'un traitement souvent fort efficace.

LES PARANOÏAQUES DANS L'ADMINISTRATION

PAR

RAMÉE (de Constantine) et BARDENAT (de Blida-Joinville)

L'inadaptabilité sociale chez les paranoïaques apparaît comme la résultante de leurs aptitudes pathologiques majeures : l'orgueil, la méfiance, la déviation délirante du jugement.

Elle se traduit sous des aspects un peu différents selon le sens des tendances affectives et l'importance plus ou moins grande de l'élément interprétatif auquel Sérieux et Capgras ont su donner les premiers toute sa valeur symptomatique.

Mais l'orientation de cette inclinaison vers le « conflit » ne dépend que pour une part seulement de l'individualité du malade et de sa constitution morbide. Le milieu dans lequel évolue le sujet conditionne largement la catégorie nosologique où le classera l'analyse à un moment déterminé : le paranoïaque peut être un revendicateur, un processif, un persécuteur selon les circonstances, et il franchit parfois dans son existence les frontières de ces différents territoires au gré des événements. Il est cependant fréquent d'observer qu'une première « affaire » imprime une direction plus particulière à l'activité d'un malade.

La situation sociale et professionnelle du paranoïaque constitue l'une des données capitales de l'élément milieu qui nous occupe ici. Et, dans ce plan, il est incontestable que le fait pour un individu d'appartenir aux cadres de l'Administration pose des problèmes particulièrement précis.

Appelé par ses fonctions à remplir des missions définies, à exécuter ou donner des ordres, il apporte dans l'accomplissement de sa tâche la rigueur paralogique de son esprit faussé, son manque de tact et de mesure. Non seulement il se meut sans souplesse

dans le réseau des réglementations, mais encore il fait rendre à la lettre des textes un sens nouveau, y apportant ses retouches personnelles, prend des initiatives arbitraires que lui dicte son propre sentiment de l'équité et de la justice.

Les frictions naissent plus ou moins tôt avec les chefs, avec le public, les collègues. Les premières inaptitudes bénéficient généralement de l'indulgence des uns ou des autres, les suivantes attirent au fonctionnaire des observations, puis des avertissements de ses supérieurs. La lutte est déjà entamée. Le paranoïaque proteste, se défend, attaque, multiplie ses démarches et ses instances, constitue son dossier, fait appel aux juridictions administratives.

Les sanctions, légères d'abord, les déplacements d'office ou les mutations sur demande ne donnent qu'un répit illusoire. Tout est remis en cause à l'occasion du moindre incident. Les griefs antérieurs sont repris, étendus, déformés, amplifiés. L'activité du fonctionnaire est presque tout entière déviée des besognes professionnelles vers la poursuite des actions engagées.

Dès ce moment, on songe à exclure l'agent du service qui l'emploie. Sa qualité de malade n'est d'ordinaire pas reconnue, et l'on use d'expédients inefficaces (changements, déassements, mise en disponibilité, démission provoquée) ou, plus fermement, on le défère devant un conseil de discipline. Mais les décisions prises sont contestées et, pour peu qu'une mince irrégularité soit trouvée dans la forme, le protestataire réussit à les faire rapporter par une autorité supérieure.

Redouté de ses collègues et de ses chefs auxquels le paranoïaque n'épargne ni les rapports interminables ni les menaces quand il ne porte pas ses différends avec eux devant la tribune de l'opinion publique, il est une entrave de plus en plus lourde à la marche de son service jusqu'au jour où une action plus violente provoque l'intervention du juge de droit commun et où l'état pathologique est démontré à la faveur d'une expertise médico-légale.

L'observation suivante est un exemple particulièrement complet de ces situations difficiles et qui illustre bien la nécessité de soumettre à un examen médical préalable les agents de l'Administration qui se signalent dans leur carrière par les anomalies de leur comportement.

Les épisodes extra-administratifs de la vie de notre malade, riches de faits symptomatiques de sa psychose, ne feront pas

perdre de vue la continuité de son activité revendicatrice. Ils souligneront, s'il en était besoin, l'utilité d'une liaison étroite entre les différentes Administrations, la Justice et les Hôpitaux psychiatriques, liaison qui appelle la création d'un véritable fichier central d'assistance et de contrôle dans le domaine mental.

OBSERVATION. — R. S. Pierre-Jean est né à Lévie le 15 mars 1877. Il n'a pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Il précise lui-même : « il n'y a eu aucun cas de folie dans ma famille ».

Dans l'enfance il n'a jamais été malade.

Il suivit les cours de l'école primaire jusqu'à 9 ans, puis il travailla comme garçon de culture.

Après un an de service militaire à Nice, il rentre en Corse où, jusqu'à 20 ans, il travaille comme agriculteur ou facteur intérimaire. En 1906, il vient à Alger comme facteur.

Quatre à cinq mois après sa prise de service, il s'aperçoit qu'« on lui cherchait des noises », pour de petites indemnités, des affaires de service. Il veut faire des réclamations, mais « on fait intervenir un de ses parents pour l'en empêcher ».

En 1908, il est suspendu pour avoir refusé une tournée qui lui paraissait impossible. On lui fait alors comprendre que s'il veut entrer dans la franc-maçonnerie on le fera réintégrer. Il refuse, ne voulant pas aliéner sa liberté.

Malgré un changement de poste, après sa réintégration, les difficultés continuent, et en mai 1909 il est traduit devant un conseil de discipline pour « attitude incorrecte et indisciplinée devant son receveur, et violences exercées sur un vieillard indigène ».

Il démissionne en juin 1909.

Le 24 août 1909, il est nommé gardien de phare à Bougaroni. Là encore, il se voit l'objet d'injustices et de vexations. Nous trouvons, dans le volumineux dossier que produit R. S. et dont il sera parlé plus tard, des copies de lettres et de réponses qui montrent que dans les années 1909, 1910 et 1911, R. S. fit de nombreuses réclamations dans tous les domaines, et que l'administration, et son chef direct en particulier, firent preuve à son égard de patience et de bienveillance, lui accordant ce qu'il demandait et même des secours à l'occasion de son mariage et de la naissance de son enfant.

Cependant R. S. laisse déjà percer ses tendances revendicatrices et processives. En août 1911, il porte contre ses chefs des accusations de détournement, dont il ne peut apporter la preuve.

En septembre 1911, il a de sérieuses difficultés avec ses chefs, néglige son service ou refuse de faire certains travaux, prétextant qu'on ne lui a pas versé certaines indemnités.

Malgré cela, les observations écrites de ses chefs conservent un ton bienveillant.

En 1912, même attitude : il écrit pour se plaindre de ses collègues, refuse de participer aux nettoyages des w.-c. communs... L'Administration cherche à lui donner satisfaction ; une absence irrégulière n'est pas sanctionnée.

En janvier 1913, lettre recommandée à l'ingénieur en chef pour lui demander de venir immédiatement faire une enquête sur les irrégularités que lui, R. S., signale depuis 1911.

A la suite de cette lettre, il est muté pour raison de service, mais on lui donne cependant un secours de 240 fr. pour l'accouchement de sa femme.

Il refuse de rejoindre son nouveau poste. On essaye, en vain, de lui faire entendre raison : il veut un « poste à seul gardien ».

Enfin les incidents se continuant, de plus en plus fréquents, le Gouvernement général décide de le traduire devant un conseil de discipline pour :

- 1° Refus de consentir à un changement de poste.
- 2° Refus de faire des observations de visibilité.
- 3° Accusations de concussion contre le gardien-chef et le sous-ingénieur.
- 4° Absences du phare non autorisées.

La carrière administrative de R. S. est pratiquement terminée. Il va, par contre, commencer une magnifique carrière de plaideur.

Le 13 juillet 1913, le conseil de discipline le met en disponibilité sans limitation de durée.

Il avait réclaté un avocat, non prévu par les statuts ; il quitte le conseil de discipline parce qu'il estime n'être pas correctement jugé et écrit une lettre recommandée de protestation au Gouverneur général. Nous passons sur les campagnes de presse.

Il cherche du travail à Alger, mais est remercié, peu après, « par ordre du Gouvernement général », dit-il.

L'état passionnel est créé et ne s'est pas émoussé depuis 28 ans.

Il fait son premier recours en Conseil d'Etat pendant l'été 1913. Il est déjà soupçonneux, méfiant, facilement interprétant : un avocat, qu'il avait consulté, lui *dicte* une lettre « *pour qu'il n'y ait pas trace de son intervention* ». Il ne tarde pas à lui retirer son dossier.

Pendant qu'il prépare son départ pour Paris, sa femme est expulsée de Bougaroni et arrive à Alger ; il n'a pas le temps de s'occuper d'elle et la conduit aux bureaux du Gouvernement général en disant qu'à son retour de Paris il viendra en demander compte.

A Paris, il a quelques difficultés à trouver un avocat : « Ils refusent tous parce qu'ils font partie des loges ». Il finit par en trouver un et revient à Alger. Son premier geste est de protester, auprès du

Procureur général, contre la façon dont on a agi avec sa femme. N'obtenant pas satisfaction, il fait une pancarte ainsi conçue :

« Monsieur le Gouverneur général et Monsieur le Procureur général refusent de poursuivre les voleurs qui ont commis plusieurs détournements au détriment de l'Etat et des ouvriers travaillant sous leurs ordres.

« Scandale au Gouvernement général de l'Algérie.

« Le pot de terre contre le pot de fer. »

Dans ce réquisitoire que R. S., transformé en homme-sandwich, promène dans les rues, et qui ne compte pas moins de 5 pages dactylographiées, il porte, à la connaissance du public, les « abus du pouvoir gouvernemental en Algérie ».

Il reprend ses histoires depuis le début, précise ses accusations, dit qu'on « fit semblant de faire des enquêtes », l'enquêteur est le « complice » des coupables. Le conseil de discipline, « cet abattoir », était composé de personnes « capables à tout faire, faussaires et menteurs ». Il écrit au moins 10 lettres recommandées au Gouverneur général pour le mettre au courant.

La preuve de la culpabilité du Gouvernement général, il la voit dans le fait que celui-ci acceptait de le rapatrier gratuitement en Corse.

Il expose comment on a agi de façon inqualifiable en faisant rapatrier en Corse sa femme (que lui-même avait abandonnée dans les bureaux du Gouvernement général) ; ses difficultés pour obtenir audience du Procureur général. Le récit de cette rencontre vaut d'être reproduit :

« R. S. fut donc introduit dans le cabinet du Procureur général et fut mis en présence d'un monsieur qu'il ne connaissait pas, et qui après avoir entendu les explications de R. S. lui déclara ne pouvoir rien faire pour lui. R. S. se retira. Est-ce M. le Procureur général qui se trouvait dans le cabinet et qui a reçu les explications de R. S. ? R. S. émet la prétention que la personne qui l'a reçu n'était pas plus Procureur général que lui ; l'avenir le dira ; mais en tout cas il a semblé à R. S. que M. le Procureur général devait être plus sérieux que la personne qui l'a reçu. Donc M. le Procureur général ne veut pas recevoir R. S. ».

On trouve encore, dans une lettre, cette phrase typique : « La justice doit punir les personnes dénoncées par R. S., ou la justice doit poursuivre R. S. comme ayant commis des accusations diffamatoires contre des fonctionnaires de l'Etat. »

Il a la conviction que des débats publics feront reconnaître son droit. Il cherche à créer des incidents de tous ordres ; traduit en justice de paix M. Léon Périer, secrétaire du Gouvernement général, pour n'avoir pas répondu à une lettre contenant un timbre de 10 centimes pour la réponse ; sort son mobilier du garde-meuble et le dépose

à la porte du Gouvernement général ; attend M. Gigout, chef de cabinet du Gouverneur, et le gifle dans la rue « pour faire du scandale » ; puis à l'entr'acte d'un concert public, au square Bresson, il monte sur un arbre et expose ses griefs contre le Gouverneur.

Cette attitude le conduit à la prison de Barberousse. Puis on demande un examen psychiatrique au docteur Duniolard qui conclut, le 31 août 1914 : « Déviation du jugement, véritable fausseté d'esprit qui le rend incapable d'apprécier et de juger sainement les choses. Ces phénomènes pathologiques se sont exagérés notablement chez R. S., dans ces dernières années. C'est sous cette influence que R. S. s'est livré aux actes qui lui sont reprochés. Sa responsabilité doit, dans ces conditions, être atténuée dans une très large mesure. »

R. S. dit : « *Si ça n'avait pas été la guerre, on m'aurait interné, dans le but d'éviter un débat public.* »

Il est mobilisé dans la territoriale, mais pour un refus d'obéissance, il est traduit devant un conseil de guerre qui le condamne à 5 ans de travaux publics. Il ne fait pas sa peine, mais est envoyé en Orient. « C'était, dit-il, le seul but du conseil de guerre. »

En Orient, nouveaux avatars assez embrouillés ; il oscille entre la prison, l'hôpital, un navire-hôpital, les premières lignes (où on le porte, dit-il, sur un brancard). De nouveau, il est préventionnaire de conseil de guerre. Il est examiné par le docteur Vinchon. Il aurait été condamné à 2 ans de prison, supprimés par le Général Sarrail ; ce qui n'empêche pas R. S. de conclure : « Le fin mot de toute cette histoire, c'est que le franc-maçon Sarrail avait reçu, à mon sujet, des consignes du Gouvernement général de l'Algérie. »

En 1917, rapatrié sur Marseille, il est envoyé à l'Asile St-Pierre, avec le diagnostic de : « Folie raisonnée avec préoccupations hypochondriaques ».

En février 1918, il sort de l'asile et rentre en Corse. Comme il lui faut une activité, il va entreprendre des actions contre le Tribunal des Pensions, et obtient, en 1920, une pension de 20 % pour rhumatisme. Ce point acquis, il s'inquiète de son recours au Conseil d'Etat contre le Gouvernement général de l'Algérie. Entre temps, R. S. a abandonné son foyer ; en sortant de l'asile, il avait rejoint sa femme « quoiqu'elle ait été, en quelque sorte, la cause des ennuis que j'ai dû supporter à Alger, par le fait d'avoir quitté les logements du phare (dont elle a été expulsée) sans mon consentement ». Mais les difficultés domestiques s'ajoutent aux autres, et R. S. ne tardait pas à se convaincre que sa femme, d'accord avec ses parents, « lui faisait des scènes afin d'avoir un prétexte à le renvoyer à l'asile ».

Il se réfugie alors chez ses parents. Puis en 1921 il se rend à Paris afin de suivre de plus près ses recours en Conseil d'Etat.

A partir de ce moment l'activité procédurière de R. S. devient multiple, d'autant plus qu'il est encouragé par une décision favorable du

Conseil d'Etat, cassant l'arrêté Gubernatorial de 1913 qui le mettait en disponibilité. Pour rester clair, il devient nécessaire de sérier les activités de R. S.

1° *R. S. contre Gouvernement général de l'Algérie.* On doit reconnaître juridiquement que l'action de R. S. dans cet ordre d'idées est parfaitement justifiée. R. S. ayant obtenu gain de cause au Conseil d'Etat, le Gouvernement général de l'Algérie aurait dû, sinon passer l'éponge, tout au moins s'incliner et ne pas persister dans son attitude initiale. La première sanction n'ayant pas été prise régulièrement, il fallait régulariser la situation de R. S. Au contraire, il ressort manifestement des faits que R. S. se trouve en butte à un mauvais vouloir et à des décisions arbitraires, qui seront par la suite annulées par le Conseil d'Etat ou des arrêtés Gubernatoriaux. Nous n'en donnerons que quelques exemples :

En 1923 : jugement du Conseil d'Etat cassant l'arrêté de mise en disponibilité de 1913 ;

1925 : le Gouvernement général traduit R. S. devant un nouveau conseil de discipline qui, jugeant sur les faits de 1913, licencie R. S. de l'Administration ;

En 1930 : le Conseil d'Etat casse le nouvel arrêté de 1925 ;

En 1931 : R. S. est réintégré à la 4^e classe. Il réclame son avancement. On le lui refuse. Il fait un recours en Conseil d'Etat qui, en 1935, déclare qu'il a droit à son avancement ;

En 1937 : le Gouvernement général, s'opposant à la décision du Conseil d'Etat, décide que R. S. est exclu de l'avancement de 1913 à 1925... Il devra revenir ensuite sur cette décision.

Et ainsi de suite.....

2° *R. S. contre Préfet de la Meuse, etc...* Pour vivre à proximité de Paris, R. S. s'était procuré du travail comme garde particulier dans une entreprise de travaux de récupération de matériaux de la défense nationale. Au cours de ses fonctions, il s'aperçut de détournements, puis il eut bientôt la preuve, dit-il, que les patrons étaient complices, et qu'en fait les détournements se faisaient au détriment de l'Etat. Il porta plainte, mais il y eut un non-lieu. Il en conclut que le Préfet de la Meuse était complice des fraudeurs et porta plainte contre lui au Ministre des Régions Libérées, au Ministre de la Guerre, à la Chambre des Députés..... Il est alors arrêté, après avoir écrit une lettre injurieuse au Procureur général.

Enfin, à la suite de toutes ces traverses, il est conduit à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, le 28 mai 1926.

3° *Internement du 28 mai 1926 au 16 avril 1927.* A ce moment R. S. paraît nettement délirant. Il prétend que tout était entendu avec le D^r G. de Clérambault. Il prétend qu'un autre médecin du service ayant voulu l'examiner, l'infirmier l'en empêcha en lui disant : « C'est

un malade réservé à M. de Clérambault. » Il ajoute d'ailleurs un commentaire sur la mort de Clérambault : « Il ne s'est pas suicidé, on l'a tué parce qu'à force de travailler avec les francs-maçons il en savait trop. »

Puis il est envoyé à Sainte-Anne. Il est présenté au Professeur Claude par le docteur Cénac (on l'avait mis dans un état d'exaltation par un *narcotique*). Le professeur Claude trouve que son histoire n'est pas claire (la preuve en est qu'il demande un rapport). C'est parce que le professeur Claude lui était favorable qu'on le transfère sur l'asile de Vaucluse. Il remet des mémoires à tous les médecins qui l'examinent. Il est question de le transférer à Aix (ce sont les hommes politiques qui craignent qu'on le fasse sortir de Vaucluse). Enfin, il sort le 16 avril 1927 après un examen de M. Bertillon. On lui conseille de se calmer et de cesser ses attaques contre la Maçonnerie.

Il rentre en Corse, et le 26 janvier 1928, il adresse au Garde des Sceaux un mémoire de protestation contre son internement.

4° De 1928 à 1938, il reste en Corse, mais il n'est nullement calmé.

a) Il reprend la procédure contre le Tribunal des Pensions.

b) Privé de son permis de conduire après son passage à Sainte-Anne, il en rend responsable le Préfet de la Corse, se montre dans ses lettres très agressif « pour qu'il y ait des poursuites », fait un nouveau recours en Conseil d'Etat, etc...

c) En 1927, il avait passé un concours de gardien de phare en France, et ayant été reçu avait été nommé à Hourtin. Il tire argument de ce fait pour protester contre le retrait de son permis de conduire.

d) Il dépose de nombreuses plaintes contre le Maire, le Conseil municipal et les magistrats de son pays. Il finit par se faire condamner à un mois de prison pour outrages à magistrats, etc...

Il tire de tout cela la conclusion : « Vous conviendrez que tout cela ne peut être le fait d'une ou deux personnes, mais qu'il s'agit d'une action venant de haut et qui ne peut être que la ligue judéo-maçonnique.

5° De 1938 à 1940. Dès son retour en Algérie, ses mauvaises relations avec le Gouvernement général recommencent, chacun y mettant du sien.

Il n'est pas payé pendant 3 mois, parce qu'on ne sait pas à quelle classe il appartient, etc...

Enfin, le 29 avril 1939, il est admis à faire valoir ses droits à la retraite. Le 7 juillet 1939, le Gouverneur prend un arrêté de cessation de fonctions. Il refuse d'accepter les notifications qu'on lui présente parce que « n'étant pas signées, elles n'offrent pas les garanties lui permettant de faire un N^o^{me} recours en Conseil d'Etat ».

Refusant de quitter son logement, il est expulsé. Au cours de l'expulsion, on trouve dans ses bagages un revolver. Il est traduit en

correctionnelle, condamné ; il fait opposition, appel... On lui notifie le jugement ; il porte plainte contre le procureur, le greffier et l'huissier qui lui ont notifié un « faux jugement ».

Arrêté le 30 septembre 1940, il est interné à Constantine, après expertise de M. le docteur Travail.

De nombreuses actions judiciaires ont été, volontairement, passées sous silence, il y en avait trop !

Il est intéressant de noter que, pendant les derniers mois, se trouvant « en chômage partiel » au point de vue judiciaire, R. S. avait pris en mains des actions intentées par des indigènes, dont il s'était institué le mandataire et le conseil.

ETAT ACTUEL

R. S. est un petit vieillard très robuste encore. Toujours correct dans sa tenue, poli, aimable, assez volontiers ironique, il paraît avoir acquis une aimable philosophie, quoiqu'un peu teintée de pessimisme, et ses difficultés l'y autorisent. Mais dès qu'on aborde l'objet de ses difficultés ou de ses luttes, le ton change ; R. S. s'anime, la voix devient plus élevée, on note parfois un petit tremblement des lèvres et des mains. *L'état passionnel reparait.*

La *mémoire* est excellente, entretenue d'ailleurs par l'envoi incessant de « mémoires » pour la rédaction desquels il consulte ses documents. Les « documents » ne sont, dit-il, que des copies, les « originaux sont en lieu sûr ».

Le *dossier R. S.* se compose de quelques centaines de feuilles de papier, d'un poids total de 4 à 5 kilogr., groupés en une vingtaine de chemises : copies de lettres à ses avocats, avec les réponses de ceux-ci, annotées et commentées par R. S. (commentaires longs 4 ou 5 fois comme le texte et se terminant le plus souvent par « et ceci prouve que M^e X. trahissait ma cause... etc... etc... » ; copies de correspondances administratives ; copies d'arrêtés du Conseil d'Etat ; copies de lettres adressées à des magistrats (au sujet d'une même affaire, R. S. écrit, à des dates très rapprochées, à des magistrats d'un grade de plus en plus élevé, dans un style de plus en plus violent, et parfois injurieux). Cela se termine souvent par une condamnation pour outrage à magistrat et par un recours en Conseil d'Etat, le seul organisme qui, lui ayant parfois donné raison, trouve encore grâce à ses yeux.

Le *jugement et le raisonnement* sont corrects pour les choses indifférentes, mais nettement déviés dès que R. S. aborde son « affaire ».

L'*affectivité* de R. S. est particulièrement intéressante à étudier, car elle conditionne, d'une part les troubles du jugement signalés ci-dessus, et d'autre part l'activité délirante qui a occupé 28 ans de la vie de R. S.

Ses sentiments affectifs à l'égard de sa famille paraissent assez

superficiels. Il pleure en pensant qu'il a été séparé de sa famille, qu'il n'a pas pu élever ses enfants ; mais il ne peut être question pour lui de mettre en balancée ses sentiments et « sa lutte pour son droit ». L'état passionnel, créé en 1913, a tout balayé. Pour s'occuper de son procès, il abandonne femme et enfants dans les bureaux du Gouvernement général — premier abandon. Ensuite, n'étant pas suivi dans ses revendications par sa femme, il l'abandonne — second abandon, définitif. Il ne sait pas ce que sont devenus ses enfants, il n'en parle pas. Il ne paraît s'en souvenir que pour augmenter ses griefs : « ils m'ont séparé de ma famille ».

L'orgueil ne paraît pas dominer le tableau ; R. S. est évidemment fier de son honnêteté, et aussi du courage et de la persévérance qu'il manifeste dans la lutte. Il s'est raidi dans son attitude d'opposition et n'est pas loin de conclure qu'il est un des rares honnêtes hommes de France, mais son orgueil ne l'a pas poussé à une systématisation dans le sens d'un délire de grandeur.

Son état passionnel est pour ainsi dire à la base de tous ses actes où la colère plus ou moins maîtrisée joue un rôle important : la transformation en homme-sandwich ; la harangue sur la place du Gouvernement ; le soufflet au Secrétaire général du Gouvernement général ; l'abandon de sa femme et de ses enfants, puis de son mobilier dans les bureaux du Gouvernement général ; la violence de ses lettres aux magistrats ; son attitude devant l'Ingénieur des Ponts et Chaussées de Philippeville, qu'il menace de son revolver pour conserver un bordereau dont il s'était emparé, sont autant de réactions tout à fait caractéristiques de l'état passionnel.

Le fonds mental ne paraît pas affaibli, mais on a l'impression que R. S. s'est mis des œillères. Il ne veut plus entendre d'objections, de réfutations de ses erreurs : ou l'on est de son avis, et l'on est un honnête homme ; ou l'on n'est pas de son avis, et l'on fait partie de la secte judéo-maçonnique qui le persécute.

R. S. juge souverainement, et si les événements ne lui donnent pas raison, c'est que ses ennemis ont agi pour les tourner contre lui.

Les interprétations délirantes étaient rares au début, mais elles existaient cependant. Dès les premiers incidents, R. S. a agi avec passion, manifestant ses tendances paranoïaques, ne reconnaissant pas ses torts ; puis il a cherché à se venger de ceux qu'il jugeait être ses ennemis et il a porté des accusations qui l'ont conduit devant un conseil de discipline. A partir de ce moment, une idée a prévalu dans son esprit : l'hostilité du Gouvernement général. L'explication de ce fait ne pouvait être que son refus d'adhérer à la franc-maçonnerie. Se basant sur cette idée prévalente, il a expliqué de cette façon la sanction, au fond parfaitement juste, prise par le conseil de discipline.

Mais déjà, à ce moment, il avait des *Intuitions délirantes* ; c'est ainsi que le Procureur général de l'Algérie ne pouvant lui donner satisfaction, il « émet la prétention que ce n'est pas le Procureur qui l'a

reçu » ; il est reçu par des « soi-disants tels », c'est une formule que l'on retrouve souvent dans ses « Mémoires ».

Nous avons déjà indiqué les interprétations qu'il a données de son séjour à l'Infirmierie spéciale, à Sainte-Anne, du suicide de de Clérambault, etc...

En résumé : R. S. se présente comme un paranoïaque, revendicateur passionné, chez qui les interprétations délirantes interviennent surtout pour expliquer le motif des décisions prises contre lui et justifier ses réactions.

Depuis son hospitalisation, il est toujours correct et scrupuleux de la forme. A peine interné, il réclame un exemplaire de la loi du 30 juin 1838, pour s'instruire et trouver le moyen légal de défendre ses droits. Il se propose d'intenter une action pour intérieurement arbitraire en faisant état d'une réponse dilatoire du Préfet qui lui donne à entendre qu'il fera, pour le satisfaire, une enquête sur son internement : l'arrêt d'admission n'a donc pas été motivé ?

R. S. est difficile pour la nourriture. Edenté ou presque, il bénéficie d'un régime spécial ; mais rien n'est à son goût, on falsifie la purée de pommes de terre avec de la farine, et il garde des échantillons fermentés dans ses poches pour les montrer au médecin.

Du point de vue physique, on ne note rien de particulier à l'examen. Le système nerveux est indemne de toute lésion ; les appareils sensoriels sont normaux. R. S. est un dyspeptique hyposthénique aux digestions pénibles, un constipé. Il s'est fait opérer il y a environ deux ans d'une hernie épigastrique et d'une hernie inguinale droite. L'appareil cardio-réno-vasculaire commence certes à souffrir de sclérose, les mictions nocturnes deviennent fréquentes, mais le rythme du pouls est régulier (64) et la tension artérielle est peu élevée (14-10,5). L'azotémie ne dépasse pas 0,44 pour 1.000.

Commentaires

Cette observation nous paraît intéressante pour les raisons suivantes :

1° *Du point de vue nosologique*. — R.S. est un revendicateur processif, mais avec ceci de particulier, que ses revendications sont entretenues par l'attitude de son administration, et encouragées par des arrêtés favorables du Conseil d'Etat. Le cas est évidemment complexe, puisque si l'on étudie son dossier en détail, la décision prise par le conseil de discipline est dans le fond justifiée, mais un vice de forme fera donner raison à R.S.

C'est à l'occasion de cette décision — qui fera naître chez R.S.

l'idée prévalente du déni de justice — que se manifesteront les trois éléments caractéristiques du *délire de revendication* :

1° Idée obsédante, fixe et irrésistible d'obtenir son droit ;

2° Exaltation passionnelle morbide se traduisant par des écrits et des actes ;

3° Constitution paranoïaque, qui perçait déjà dans l'attitude de R.S. depuis ses débuts dans l'Administration.

A partir de ce moment, R.S. se comportera comme un individu insociable et révolté. Il donnera à toutes les décisions le concernant une interprétation tendancieuse. Mais il semble que ses interprétations tendent à justifier sa conduite plus qu'elles ne la commandent. Il organise un système délirant, mais, semble-t-il, secondaire à son état passionnel et pour expliquer celui-ci.

R.S., d'autre part, paraît avoir présenté des rémissions, tout au moins partielles ; il est probable que son état passionnel s'étant calmé, il a cessé d'extérioriser son délire, ce qui a permis de prononcer sa sortie, en 1918 et en 1927. Ceci est encore en faveur du diagnostic de délire passionnel de revendication.

2° *Du point de vue social*, nous pensons qu'il y a lieu de tirer la leçon de cet exemple pittoresque.

R.S. vient d'être admis à faire valoir ses droits à la retraite. Or, il a fait huit ans de services administratifs et militaires, et pendant 20 ans, il a été en lutte avec l'Administration, 20 années pendant lesquelles il a conservé ses droits à traitement, sans avoir fait autre chose que grever le budget de l'Etat, puisqu'il bénéficiait le plus souvent de l'assistance judiciaire.

Dans ce cas particulier, on se demande pourquoi, au lieu de s'entêter dans une attitude répressive à l'égard de cet anormal, l'Administration n'a pas tenu compte du rapport d'expertise du Docteur Dumolard. Les conclusions de l'expert (voir page 4) étaient assez nettes pour permettre à l'Administration de présenter R.S. devant un Conseil de Réforme qui l'aurait éliminé de l'Administration de façon parfaitement justifiée. Cela ne prête même pas à une longue discussion.

Mais il nous paraît possible de tirer des conclusions plus générales, quant à l'aptitude au service administratif des paranoïaques. En effet, comme le disent Fribourg-Blanc et Gauthier (in *Pratique Psychiatrique dans l'Armée*) « les règles mêmes de la discipline sont l'antithèse de l'esprit paranoïaque. Elles commandent l'abnégation, le sacrifice, le dévouement à la collectivité, l'oubli de soi-même. C'est donc sans souplesse qu'elles s'articule-

ront avec les termes de la constitution paranoïaque. Le conflit est fatal et durable ». Ce qui est vrai pour l'Armée ne l'est pas moins pour l'Administration. Bien que se heurtant à une discipline moins stricte, le fonctionnaire paranoïaque n'en sera pas moins toujours mécontent de ses fonctions, de son avancement, de la façon dont sont appréciées ses qualités, et de tout ce qui lui arrive ou ne lui arrive pas. Et, sans avoir une carrière aussi caractéristique que celle de R.S., ce fonctionnaire sera à l'affût de l'incident qu'il pourra exploiter dans la lutte qui existe en puissance entre la discipline et lui. Lorsque cet incident aura pris naissance, il faut s'attendre à le voir déployer en revendications la plus grande partie de l'énergie qu'il devrait consacrer à ses fonctions.

Nous pensons donc que dès les premières réactions anormales, on ne devrait pas hésiter à solliciter l'avis du psychiatre. Et, si celui-ci constate, d'une part, l'existence d'une constitution paranoïaque, et, d'autre part, l'apparition de tendances revendicatrices ou d'interprétations délirantes, l'élimination temporaire ou définitive s'imposera. Il est bien évident qu'avant de prendre une décision aussi grave de conséquences, on devra s'entourer de toutes les précautions désirables, mettre entre les mains de l'expert ou des experts un dossier d'enquête particulièrement précis et complet, et donner la possibilité de faire une observation dans de bonnes conditions. Ces précautions prises et la conviction des experts acquise, la conclusion à tirer sera facile, et l'on évitera le plus souvent le renouvellement ou la prolongation de situations aussi paradoxales que le fut celle de R.S.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 12 Janvier 1942

Présidence : M. Achille DELMAS

PRÉSENTATIONS

Syndrome initial de paraplégie dans la paralysie générale juvénile et infantile, par MM. R. DUPOUY, J. de AJURIA-GUERRA et P. BERARD.

Le syndrome moteur de la paralysie générale de l'adulte se traduit dans les formes de début le plus souvent par une exagération des réflexes. La paraplégie, lorsqu'elle existe, est un signe tardif. Les formes ataxo-spasmodiques répondant à des lésions diffuses et dans lesquelles s'associent aux troubles corticaux des modifications indiquant une atteinte myélitique et radiculocordone postérieure (syndrome de Guillain-Thaon) sont peu fréquentes.

Dans la paralysie générale infantile et juvénile les troubles moteurs sont plus précoces, plus massifs et d'évolution plus rapide. Ils peuvent dans certains cas précéder la symptomatologie proprement démentielle comme nous avons pu le relever dans les deux cas que nous vous présentons :

- OBSERVATION 1. — L'enfant C. Prisca, 11 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 19 mars 1938, avec le diagnostic de syphilis cérébrale. Cette fillette répond mal à nos questions. Elle répète d'une

manière stéréotypée les mêmes mots ou les mêmes phrases rudimentaires. Parfois son langage se réduit à des cris inarticulés. Elle réagit par les mêmes cris aux excitations : menaces, bruits, excitations eutanées.

Antécédents héréditaires et personnels. — Voici les renseignements qui nous ont été fournis par la mère. Celle-ci a été reconnue spécifique en 1923, trois ans avant la naissance de la petite malade. Elle a subi un traitement pendant un an et demi et n'a reçu aucun traitement depuis. Elle a eu quatre enfants : trois qui ont respectivement 34, 30 et 26 ans, sont bien développés et bien portants.

Notre petite malade constitue le quatrième enfant. Elle est née à terme, après un accouchement difficile avant lequel on dut procéder à une version par manœuvres externes. Elle pesait 4 kg. 200 à sa naissance. Elle présente, à 5 semaines, une diphthérie traitée par sérothérapie. L'apparition des dents, les premiers pas, se firent à l'âge normal. Elle fut propre à 2 ans. A 7 ans, les parents observent un strabisme pour lequel l'enfant porte des lunettes depuis cette époque. A 8 ans, commence à fréquenter l'école. Elle apprenait assez bien et ne présentait pas de retard évident sur les enfants de son âge. Malgré tout, elle était toujours dans les dernières de sa classe.

Le début des troubles se fait à l'âge de 10 ans par des modifications du caractère. L'enfant devient moins gaie, ne joue plus, morosité, hyperémotivité. « Elle faisait des bonds », disent ses parents, « au moindre bruit ». Vers juillet 1936, apparaissent les premiers troubles de la marche, dus à un début de paraplégie. Cette paraplégie ne rétrocéda pas.

Depuis 15 jours, apparition de crises convulsives, d'allure épileptiforme, débutant par la main droite qui se raidit puis s'anime de mouvements cloniques. Depuis une semaine, les crises débutent à droite ou à gauche. Avec ces troubles convulsifs sont apparus de gros troubles psychiques qui ont évolué très rapidement vers l'état d'affaiblissement intellectuel global dans lequel l'enfant a été admis à l'Hôpital.

L'examen neurologique révèle l'existence d'une paraplégie spasmodique. La petite malade repose dans le décubitus, dans la position où on la place, sans tenter de faire un effort pour changer cette position. Généralement, ses jambes sont en demi-flexion et écartées l'une de l'autre, on note quelques mouvements cloniques du pied ; le gros orteil du pied gauche est en extension de façon permanente. La station debout est impossible, mais en soutenant l'enfant on peut la faire marcher sur la pointe des pieds, le tronc rejeté en arrière.

L'hyperréflexivité tendineuse est des plus nettes au niveau des rotuliens et des achilléens, elle est un peu plus accusée à droite. Clonus du pied bilatéral. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à droite, mais le signe de Babinski existe à gauche. Par ailleurs, on note une résistance aux mouvements passifs et une hypertonie du type pyramidal. De même, aux membres supérieurs, il existe une hyper-

réflexivité tendineuse et de l'hypertonie. L'épreuve des marionnettes est difficilement exécutée, particulièrement à droite. Les réflexes cutanés abdominaux sont présents et égaux des deux côtés.

On ne note pas d'atrophie musculaire. La sensibilité à la piqure, tout en paraissant émoussée, provoque des réactions de défense.

A l'examen oculaire, on note un strabisme convergent de l'œil gauche. Les pupilles sont inégales. Il existe un signe d'Argyll-Robertson des deux côtés.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont positives dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien présente les modifications suivantes : albumine : 0,85 ; leucocytes ; 29 ; Bordet-Wassermann ; positif ; benjoin : 22222.22210.00000.

L'état général est médiocre. La dentition est très mauvaise. Pas de stigmates d'hérédosyphilis évidents, gâtisme.

OBSERVATION II. — Le jeune H. Albert, est âgé de 19 ans. Il est entré à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 1^{er} décembre 1941, venant de l'Hôpital Cochin, avec le diagnostic de paralysie générale juvénile.

Antécédents et histoire de la maladie. — Nous avons convoqué et examiné le père et la mère. Le père présente un faciès inexpressif et paraît assez affaibli au point de vue mental. Il présente des troubles de la parole qui est hredouillée. Il a des pupilles myotiques, mais qui réagissent à la lumière. Ebauche de Romberg. Surdité. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn dans le sang : négatifs.

La mère présente un syndrome clinique de tabès : abolition des réflexes tendineux rotuliens et achilléens. Signe de Romberg ébauché, anesthésie osseuse. Inégalité pupillaire. Réflexe à la lumière paresseux, strabisme interne de l'œil droit qu'elle présenterait depuis l'âge de 2 ans. Elle a un autre enfant en bonne santé. Elle a fait une fausse-couche de 3 mois. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn dans le sang : positifs.

Quant au jeune malade lui-même, il naquit à terme, mais l'accouchement fut difficile et on dut pratiquer une césarienne. Le développement ultérieur se fit normalement, en particulier sa scolarité se prolongea jusqu'à l'âge de 13 ans. Il fut un élève médiocre et échoua à son certificat d'études. A sa sortie de l'école, il fut apprenti tapissier et pendant deux ans et demi il garda la même place, faisant surtout des courses, ce qui met bien en évidence l'absence d'impotence jusqu'à cette époque.

Le début des troubles remonte à trois ans. Le malade avait alors 16 ans. Son patron remarqua une certaine instabilité psycho-motrice, quelques troubles de l'humeur. Il présente à cette époque ce que la mère appelle de « petits malaises » sans perte de connaissance. Au cours de l'un d'eux l'enfant présenta une monoplégie transitoire du bras gauche ; à la suite de ces troubles le malade consulte et est admis à l'Hôpital St-Antoine, en octobre 1938. Il y fit un séjour de 6 semaines, au cours desquelles on pratiqua une ponction lombaire et

une radiographie du crâne. Mais l'apparition à cette époque d'une paraplégie est attribuée à ces différents modes d'exploration par les parents qui retirent l'enfant de l'Hôpital, refusant tout traitement. Entre autres méfaits attribués à la ponction lombaire, les parents nous signalent que l'enfant avait, depuis cette époque, de la peine à parler. « Il avait la langue comme paralysée » et par moments on le comprenait très difficilement. Il semble que cette dysarthrie ait évolué par poussées avec des phases d'amélioration.

Quant à la paraplégie, elle demeura dans le même état jusqu'à ces derniers temps. Elle prédominait au niveau de la jambe droite. La marche était possible, mais le malade râclait le sol de la pointe du pied, celle-ci étant légèrement déviée en dehors. Il n'a jamais retravaillé depuis le début de sa maladie. Il s'occupait seulement à aider sa mère dans le ménage et la famille ne paraît pas s'être aperçue de l'existence de troubles mentaux évidents à cette époque, mais note seulement quelques modifications du caractère : inertie, distractions, absences. Ce n'est que le 18 novembre dernier, à la suite d'une « crise d'énervement », suivie de mutisme, de comportement bizarre, que ses parents le firent admettre à nouveau à l'Hôpital St-Antoine, puis à l'Hôpital Cochin, qui nous l'envoya.

A son entrée, le malade est plongé dans un véritable état de stupeur, totalement indifférent à l'ambiance. Aucune question, aucun ordre, même élémentaire, ne paraît pouvoir être compris. Le mutisme est à peu près complet, à part quelques marmottements incompréhensibles, gâtisme. Le malade, dans un état de maigreur cachectique, est couché dans le décubitus latéral, en chien de fusil. Il est inerte et demeure dans la position où on le place. Le maintien en station debout ou même assis est impossible. Spontanément il se livre à quelques mouvements rares et lents, mal adaptés, évoquant une sorte de carphologie ; parfois les gestes paraissent un peu mieux adaptés, mais prennent un aspect stéréotypé, comme celui de boutonner sa chemise, qu'il répète indéfiniment et sans efficacité.

A l'examen neurologique, il existe un syndrome pyramidal généralisé aux membres supérieurs et inférieurs : tous les réflexes tendineux, rotuliens, achilléens, stylo-radiaux, bicipitaux, tricipitaux, sont augmentés, mais cette augmentation est surtout nette aux membres supérieurs ; il n'existe pas de clonus du pied ni de la rotule. On peut facilement mettre en évidence le réflexe panno-mentonnier de Marinesco et Radovici qui est plus net à droite ; d'ailleurs, d'une manière générale, l'hyperreflectivité est un peu plus marquée du côté droit, surtout au niveau du membre supérieur et de la face ; au niveau de cette dernière, l'hyperexcitabilité du facial à la percussion n'existe qu'à droite. Le signe de Babinski s'observe des deux côtés. Le réflexe crémasterien est plus net du côté droit. La sensibilité à la piqure et à la chaleur, la seule que nous puissions rechercher, ne paraît pas faire défaut dans aucune zone des téguments, si l'on en juge par les réactions défensives égales des deux côtés. Il n'existe pas d'anesthésie osseuse.

Par contre la pression des testicules, même forte, semble indolore. Il existe un léger état d'hypertonie aux membres inférieurs ; on ne note pas d'amyotrophie évidente.

L'examen oculaire montre un ptosis bilatéral, les pupilles sont inégales : la droite est légèrement déformée et plus grande que la gauche. Enfin le signe d'Argyll-Robertson existe des deux côtés.

L'état général est mauvais. La dénutrition est intense. Pourtant le malade s'alimente bien et même avec voracité, mais il ne peut manger seul. Pas de lésions viscérales décelables. Escarres sacrées.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn dans le sang sont positives. Le liquide céphalo-rachidien présente les modifications habituelles de la paralysie générale : albumine : 0,60 ; Pandy et Weichbrodt : ++ ; leucocytes : 6 ; benjoin : 22222.22221.00000. Bordet-Wassermann positif.

Les formes de paraplégie précoce à évolution démentielle ultérieure posent un problème intéressant : celui des rapports de la paralysie générale et celui de la maladie isolée par Marfan. Cette dernière se caractérise par une paraplégie à évolution lente accompagnée de troubles psychiques variés survenant chez des enfants hérédo-syphilitiques. A la lecture des observations publiées, et avec Babonneix, nous croyons que cette affection doit rentrer dans le cadre de la paralysie générale infantile. D'ailleurs, le seul cas anatomique de maladie de Marfan publié par Noëa et Graeium montra des lésions de méningo-encéphalite typique. Le polymorphisme de la syphilis encéphalique est tel que l'aspect de chaque cas est différent suivant la période de l'évolution. Mais le tableau terminal est identique pour tous les cas. Enfin, si les lésions anatomiques sont diffuses, des prédominances locales peuvent expliquer certains signes de localisations.

Un cas d'épilepsie réflexe. Rôle prépondérant de l'élément surprise, par MM. L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA.

Dans la littérature médicale, les observations sont nombreuses dans lesquelles des irritations périphériques sensitives, sensorielles ou motrices déclenchent des crises convulsives, mais dans bien des cas le rapport entre l'excitation et la crise est peu démonstratif. L'épilepsie réflexe est en réalité une forme d'épilepsie plutôt rare (Marchand) (1). Le mode d'excitation diffère

(1) L. MARCHAND. — De l'épilepsie réflexe. *Paris Médical*, 27 juillet 1935, p. 89.

suivant les cas ; généralement il reste constant chez le même sujet. Dans l'observation suivante, l'irritation est variable ; il s'agit soit d'excitations motrices, sensorielles ou sensitives, soit d'excitations douloureuses et toutes ces causes déclenchantes n'agissent que lorsqu'elles surviennent inopinément, sous l'effet de la surprise.

OBSERVATION. — Rau. Louise, est âgée de 21 ans. Pas d'autres tares héréditaires que l'alcoolisme du père. Une cousine de la malade aurait présenté des crises comitiales.

La malade est née à terme à la suite d'un accouchement difficile au cours duquel on a été obligé d'employer le forceps. Elle est née en état d'asphyxie. Dès les premiers jours après la naissance, elle présentait des mouvements convulsifs de la tête et des membres, mouvements qui, d'après la mère, prédominaient à droite. Le développement physique et intellectuel se fit cependant normalement. Elle fut atteinte de maladies infantiles banales : diphtérie, oreillons, coqueluche, sans complications. À l'âge de 14 ans, elle aurait fait des luxations récidivantes du genou. Éveillée, intelligente, quoique indisciplinée, elle obtint son certificat d'études à l'âge de 13 ans et plus tard son diplôme d'infirmière. Mariée il y a deux ans, elle a accouché récemment d'un garçon bien portant qu'elle allaite.

Les premiers accidents remontent à l'âge de 11 ans. Ils sont attribués par la famille à une peur ; en réalité, ils sont survenus quelques jours après un violent orage. Le premier phénomène fut caractérisé par un mouvement tonique de torsion de la main droite suivi de quelques secousses cloniques de l'avant-bras et du bras, le tout d'une durée de quelques secondes, sans perte de connaissance. Cet accident fut suivi, quatre jours après, d'une crise nocturne avec convulsions toniques et cloniques généralisées, sans morsure de la langue ni urination involontaire. Une nouvelle crise survint trois semaines après, puis elles se répétèrent environ tous les mois.

Au bout de six mois, les crises qui, jusqu'alors, survenaient sans cause provocatrice apparente, ne se produisirent plus qu'à la suite d'action de stimuli extérieurs, à caractères bien définis : à la suite d'une piqûre au cours de travaux de couture, d'une brûlure au cours du repassage, d'une éclaboussure d'eau très chaude sur les mains, ou d'eau froide sur le cou ou le visage. Comme autres causes déclenchantes, nous citerons un choc brusque, par exemple en butant brusquement contre un trottoir, un arrêt inattendu d'autobus ; des douleurs intenses (pincement des doigts dans une porte, morsure de langue en mangeant), des bruits subits et forts (éclatement de pétard), le choc cutané produit par une jarretelle qui se détache. La malade rapporte qu'une nuit elle se réveilla brusquement au cours d'un cauchemar pendant lequel elle se voyait trébucher sur une marche d'escalier, et la crise survint quelques instants après.

Les excitations extérieures ne présentent une valeur déclenchante que lorsqu'elles sont brusques, inattendues, soudaines. Elles n'ont aucun effet en dehors de l'élément surprise. Les chocs affectifs importants tels que : joies, mauvaises nouvelles, rire ou pleurer, n'influencent nullement les crises. Les accidents ne se produisent pas nécessairement à la suite des excitations que nous venons de citer et même à certaines périodes celles-ci sont sans effet. Actuellement tous sont en rapport avec un stimulus extérieur.

Les crises sont ainsi caractérisées. Elles débutent par une bouffée de chaleur à la face et une sensation indéfinissable au niveau de la main droite, puis la main exécute un mouvement de torsion qui s'étend à l'avant-bras et au bras, la face devient grimaçante. Leur durée est d'une demi-minute en moyenne pendant laquelle la malade ne peut parler, et généralement ne perd pas connaissance. Après la crise, sensation de fatigue, bâillements, céphalée de courte durée. Parfois on note une paresse transitoire avec diminution de la force musculaire de la jambe et surtout de la main du côté droit. Au début l'arrêt de la crise pouvait être obtenu par une compression forte de l'avant-bras droit, compression qui était produite soit par la mère ou même par la malade avec sa main gauche.

Le traitement gardénalique diminue le nombre des crises qui deviennent plus fréquentes dès qu'il est suspendu.

L'examen neurologique montre une hyperréflectivité ostéo-tendineuse généralisée mais plus accusée du côté droit. Les rotuliens et les achilléens sont légèrement plus vifs à droite ; aux membres supérieurs les réflexes sont nettement exagérés à droite. Le signe de Barré est égal des deux côtés. L'extensibilité de l'avant-bras sur le bras est du type normal. Par contre, on note une hyperextensibilité très marquée au niveau du poignet à droite, aussi bien dans le sens de la flexion que dans le sens de l'extension. La force musculaire est légèrement diminuée au niveau de la main droite. Les réflexes cutanés sont égaux des deux côtés. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. La sensibilité est normale. On ne note aucune atteinte des nerfs crâniens. Les pupilles sont normales. Acuité visuelle et fond d'œil normaux.

Aucun symptôme d'une constitution hyperémotive. Pas de troubles mentaux. Des examens sérologiques, des radiographies du crâne, effectués à plusieurs reprises, n'ont donné rien de particulier.

Ce qui est particulier dans ce cas, c'est la diversité des excitations pouvant déclencher les crises, qui revêtent davantage les caractères de l'épilepsie bravais-jacksonienne que ceux de l'épilepsie généralisée. Il s'agit d'une malade qui a été atteinte d'un trauma obstétrical entraînant des accidents convulsifs pendant plusieurs jours après la naissance et qui présente encore actuel-

lement des phénomènes de spasmodicité localisés dans les membres du côté droit. On peut donc admettre que cette malade, dont le seuil convulsif est très bas, est toujours en imminence de crises. Autre particularité, l'élément surprise joue un rôle prépondérant puisqu'il doit s'associer les diverses causes déterminantes pour que la crise se produise.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ce cas est intéressant parce qu'on y observe deux signes généralement considérés comme devant faire éliminer l'épilepsie : une conscience relative, et d'autre part l'existence d'une cause occasionnelle, en l'espèce une émotion. Il serait nécessaire que les médecins soient instruits de ces formes qu'ils ignorent généralement.

M. Ach. DELMAS. — Il semble s'agir surtout d'une épilepsie bravais-jacksonienne et, dans ces conditions, la conservation de la conscience n'est pas surprenante.

M. MARCHAND. — Oui, mais le sujet a eu, précédemment, des crises d'épilepsie typique généralisée ; et c'est sous l'influence du gardénal qu'il est arrivé à l'état actuel. Ce qui est intéressant ici, c'est qu'on a pu mettre en évidence un syndrome organique, qui, à partir du traumatisme obstétrical originel, a été suivi dans toutes les manifestations de son évolution clinique, depuis les crises généralisées, typiques, jusqu'à la forme bravais-jacksonienne actuelle.

Crises convulsives hystériques chez une cardiaque. Amélioration par opothérapie complémentaire, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, J. DELAY, H. MAURICE et M^{lle} GRAVEJAL.

L'observation que nous allons relater nous a paru intéressante et digne d'être présentée devant la Société tant au point de vue des résultats thérapeutiques obtenus que du mécanisme même des accidents convulsifs.

OBSERVATION. — Angèle N., âgée de 20 ans, est entrée au Service libre de la Clinique, le 5 novembre 1941, envoyée par un médecin d'un hôpital désireux d'être fixé sur la nature des crises convulsives apparues en septembre dernier.

La malade présente une maladie mitrale d'origine rhumatismale.

C'est en 1938 qu'elle lit sa première atteinte : crise polyarticulaire avec endomyocardite d'une durée de trois mois ; à son décours on constata des signes de rétrécissement mitral. Depuis cette date elle fit tous les ans de nouvelles poussées rhumatismales se prolongeant pendant 3 à 6 mois. Elle fut toujours traitée très régulièrement. En juillet 1941, la malade lit une crise d'œdème aigu du poumon, qui céda à la médication habituelle. Ces phénomènes œdémateux se répétèrent bientôt, le tableau clinique se modifia, perdant de sa netteté. Les crises d'œdème franc étaient remplacées par des phénomènes douloureux avec dyspnée et tachycardie sans signes pulmonaires ni expectoration. Depuis septembre, ces crises se sont encore abâtardies, il n'y a plus de tachycardie. Surtout apparaissent des paroxysmes moteurs. Les multiples médications tentées (toni-cardiaques, analgésiques, barbituriques, infiltration du ganglion stellaire) furent sans résultat. C'est alors qu'elle est envoyée dans le service.

Peu de temps après son admission, elle présenta une série de crises à laquelle nous avons assisté. Après une courte phase prodromique la malade perçoit une douleur sous-costale gauche, pénétrante, à irradiation haute ; en même temps elle a l'impression d'une « boule gastrique qui remonte ». Cette aura est toujours identique. Le début de la crise est marqué par une inspiration brève, puis après une phase tonique extrêmement courte la malade présente aussitôt une phase d'agitation à grand spectacle. Les bras sont en croix, le bassin est animé de mouvements ; elle se roule à terre. Cette période de clownisme et d'attitudes passionnelles dure environ 10 minutes. La fin est rapide ; à peine la malade est-elle légèrement obnubilée quelques instants. La compression ovarienne amène la sédation. Parfois les crises sont isolées, ailleurs subintrantes, réalisant un tableau vraiment impressionnant. Quoi qu'il en soit, ces crises ne s'accompagnent pas d'amnésie totale. Il n'y a pas de morsure de la langue. Pas de signes neurologiques. Parfois cependant émission d'urines, mais de caractère involontaire discutable. Au début de la crise, on note de la tachycardie ; à la fin, bradycardie et chute tensionnelle de quelques degrés.

Examen physique : Cœur : Maladie mitrale typique ; peut-être artérite pulmonaire associée. Pas de signes myocardiques traduisant l'évolution du processus. Pouls : 80, régulier ; *tension* 14-12 (Vaquez). Pas de signes pulmonaires. Foie normal. Pas d'œdème des membres inférieurs. Diurèse normale. Sang, urines, R.O.C. : normaux.

Signes généraux : pas de signes infectieux. Asthénie encore marquée du fait de la longue durée de la dernière atteinte rhumatismale.

La malade, en dehors des crises, n'est pas dyspnéique. Le visage est simplement légèrement cyanosé.

L'orthodiagramme a montré un cœur petit, sans atteinte des cavités droites. L'électroencéphalogramme : l'absence de signes d'épilepsie. Fond d'œil normal.

Antécédents héréditaires : Père et mère morts cardiaques et alcooliques. 13 enfants, 10 morts en bas-âge. Pas d'antécédents personnels en dehors du rhumatisme articulaire aigu. Elle fut réglée tard à 18 ans.

Psychiquement : Angèle est une débile sans instruction. Elle a les traits de la mentalité dite hystérique des classiques. Elle eut une enfance malheureuse, ce qui ne fut pas sans influence sur sa personnalité. Nous y reviendrons.

Traitement : Outre des anti-infectieux et des tonicardiaques, la malade a été soumise à des injections de propionate de testostérone (10 milligrammes tous les deux jours). Alors que toutes les autres médications avaient échoué, sous l'influence de l'opothérapie complémentaire les crises se sont espacées et ont disparu au bout d'un mois. Elle présente encore des accidents d'origine cardio-vasculaire, mais jamais ceux-ci ne sont accompagnés maintenant de paroxysmes moteurs.

L'observation que nous venons de relater nous semble intéressante à plusieurs points de vue. En premier lieu : les crises convulsives sont rares chez les cardiaques. Les plus récentes observations publiées à ce sujet, que nous avons parcourues, font surtout état des difficultés de diagnostic quant à la nature des crises et, en cas d'épilepsie seulement, de considérations pathogéniques. Chez notre malade, si le diagnostic a pu rester en suspens au début, avant l'entrée à la Clinique, il n'en fut pas de même dans le service. Les crises qu'elle présentait étaient indiscutablement hystériques. L'électro-encéphalogramme ne montre aucun des stigmates bio-électriques de l'épilepsie.

L'aspect même des crises nous a paru inhabituel. Le tableau réalisé est, en effet, des plus dramatiques, alors que les manifestations hystériques que nous rencontrons aujourd'hui sont en général assez discrètes. Certes les paroxysmes moteurs ne cadrent pas rigoureusement dans leur évolution avec les descriptions de jadis. Les périodes clonique et résolutive de la phase dite épileptique manquent. Le délire final n'apparaît pas non plus. Après une aura bien particulière et une courte phase tonique la malade entre presque d'emblée dans la phase de clownisme et des attitudes passionnelles (bras en croix, mouvements du bassin). Le tableau réalisé est vraiment des plus impressionnants ; si quelques éléments de la crise d'hystérie de culture d'autrefois manquent, il s'en rapproche cependant d'une façon inusitée de nos jours et ceci chez une malade qui n'a jamais été en contact avec des épileptiques, qui n'a jamais vu de crises convulsives.

En second lieu, le déclenchement des crises est nettement sous la dépendance de phénomènes douloureux dus à la cardiopathie. Nous avons vu que la malade a présenté des crises typiques d'œdème aigu du poumon. Ce n'est que progressivement que les crises se sont abâtardies et se sont accompagnées de paroxysmes moteurs. Atteinte de maladie mitrale rhumatismale la malade souffre d'algies précordiales. Elle présente des phénomènes douloureux à type d'œdème pulmonaire, de pseudo-asthme cardiaque et même d'angine de poitrine. Le début de la crise est marqué par une douleur précordiale. « C'est comme si on me transperçait », dit-elle, et nous l'avons vue maintes fois, au début de ses crises, porter la main gauche devant la région précordiale, réalisant ainsi l'aspect classique du malade faisant une crise d'angor.

Mais si de tels phénomènes douloureux sont susceptibles de déclencher des crises hystériques, c'est qu'ils apparaissent sur un terrain bien particulier. Angèle n'a pas seulement les paroxysmes moteurs décrits plus hauts, mais elle présente une personnalité morbide. Nous avons insisté sur son hérédité chargée : père et mère alcooliques ayant eu de nombreux enfants morts en bas-âge. Elevée par une belle-mère elle aussi alcoolique, notre malade eut une enfance malheureuse ; elle conserve un souvenir épouvanté de la femme qui, sous couvert d'éducation, ne faisait en réalité que l'exploiter. Consciente de la gravité de son état, elle sait qu'elle est cardiaque et que ses parents sont morts cardiaques. Elle a la hantise d'avoir des enfants. « Jamais je ne me marierai, dit-elle, je ne veux même pas connaître d'homme. J'ai trop peur d'avoir des enfants, car si j'en avais et que je meure, eux aussi comme moi seraient condamnés à être élevés par une « belle-mère ». Une telle tournure d'esprit, issue directement de sa jeunesse malheureuse et de son état physique, est absolument inébranlable ; elle prime toute sexualité. Et pourtant la sexualité chez elle n'est pas absente ; elle en refoule les exigences derrière des considérations personnelles impératives. Ses préoccupations sexuelles, pour dissimulées qu'elles soient et même peut-être sincèrement ignorées de la malade, n'en transparaissent pas moins dans ses rêves, ses lectures, lors d'un examen psychologique un peu poussé. Et l'on ne peut se défendre devant un tel cas de penser à la théorie de Freud : l'hystérie, névrose de conversion par troubles dans l'exercice de la sexualité.

D'autre part, il faut souligner encore chez Angèle des troubles caractériels que les classiques qualifiaient d'hystériques : recher-

che naïve sans doute, mais conditionnée par sa pauvreté intellectuelle, de la vedette. Le fait de faire parler de soi, de se croire un cas particulièrement intéressant, le besoin d'être entourée. Il existe chez elle une mythomanie pauvre, mais encore une fois en rapport avec son indigence psychique. Sa psychoplasticité, sa mendacité apparaissent encore plus nettement dans ses écrits. Elle correspondait, en effet, avec d'autres malades du service, mettant toujours l'accent sur ses crises nombreuses, sur l'intérêt que cela suscitait dans le service, sur les soins enfin dont elle était entourée : ainsi, écrivait-elle, « c'est moi la plus gâtée du service ». C'est cet intérêt général qu'elle recherchait, ce besoin d'être entourée qui la faisait agir, réclamant sans cesse des infirmières à son chevet, la crise était la suprême ressource pour forcer le personnel à être près d'elle.

Donc personnalité morbide, elle-même conséquence d'une lourde hérédité d'une part, phénomènes douloureux en rapport avec une cardiopathie d'autre part, tels sont les deux termes qui conditionnent la genèse des crises hystériques de notre malade.

La thérapeutique, que nous avons opposée, découle de ces considérations pathogéniques. Faire disparaître la cause déclenchante des crises, en l'espèce les phénomènes algiques d'origine cardiaque, il ne fallait pas y songer. Depuis longtemps la malade était traitée d'une façon suivie pour sa cardiopathie. Nous nous sommes bornés à continuer le traitement institué. Il nous est apparu que nous aurions plus de chances de succès en instituant une médication hormonale complémentaire dirigée contre les troubles névrotiques en rapport avec le potentiel sexuel inutilisé. C'est dans ce but que nous avons entrepris des injections de propionate de testostérone (10 milligr. tous les deux jours). Dès le 2^e jour les heureux effets de la médication se sont faits sentir ; les crises ont cessé d'être subintrantes, puis se sont espacées ; aujourd'hui elles ont complètement disparu. Bien plus, la malade, toujours sujette évidemment à des incidents du fait de l'état de son cœur, a présenté récemment des crises typiques d'asthme cardiaque, des douleurs angineuses ; celles-ci n'ont pas été suivies de crises convulsives comme auparavant.

L'un de nous (1), en collaboration avec MM. Bouvet et Follin, avait déjà insisté sur les bienfaits de la thérapeutique complémentaire chez une malade dont la personnalité psychique s'apparentait à celle d'Angèle. Cette seconde observation confirme d'une façon heureuse les résultats obtenus chez la première.

(1) *Ann. Méd.-psychol.*, novembre-décembre 1940, page 256.

En résumé, nous croyons que le cas d'Angèle tire son intérêt, d'une part, des résultats thérapeutiques obtenus, d'autre part de la clarté de la pathogénie des accidents hystériques en ce qui la concerne : 1) personnalité morbide spéciale, 2) cause déclenchante organique.

M. BARBÉ. — On a parlé d'œdème aigu du poumon. L'azotémie était à 0,27 ; le pouls à 80. On ne peut donc penser à une maladie de Stokes-Adams.

M. MARCHAND. — Il faut se méfier, dans le traitement de telles maladies, de la suggestion médicale. Il serait intéressant de faire ici du sérum physiologique au lieu de testostérone.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Dans l'observation que nous venons de rappeler, et que nous avons publiée avec MM. Bouvet et Follin, l'amélioration coïncidait nettement avec le testostérone et cessait avec le sérum physiologique. La malade actuelle avait été gorgée de drogues avant son entrée à la Clinique ; ces multiples traitements avaient échoué. Dès qu'elle a été traitée sans aucune mise en scène, elle s'est améliorée.

M. DUBLINEAU. — Il faut retenir chez cette malade la notion de terrain somato-morbide : affection cardiaque rhumatismale existant tant chez la malade que chez sa mère. C'est le terrain que l'on trouve dans les états émotionnels, où l'on peut observer soit des crises hystériques, soit plus souvent encore des crises névropathiques.

M. Ach. DELMAS. — Ces cas sont devenus très rares à observer. Celui-ci permet de mettre en évidence la différence qui existe entre l'hystérique et l'émotif. Cette malade est une hystérique vraie. On ne peut dire que des malades de ce genre entrent dans le cadre des troubles émotionnels.

M. DUBLINEAU. — Sur le plan des réflexes conditionnels, les réactions de l'hystérique se rapprochent de celles du type émotionnel.

M. MARCHAND. — Tous les auteurs qui s'occupent des crises nerveuses reconnaissent actuellement la variabilité des crises nerveuses et leur polymorphisme.

Catatonie schizophrénique avec méningite séreuse de la convexité. Intervention, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET, M^{lle} GRAVEJAL et M. PERRIN.

OBSERVATION. — Lucette B., âgée de 17 ans, est entrée à la Clinique le 7 juillet 1941, avec le diagnostic de schizophrénie. Déprimée, indifférente, impulsive, elle exprime de vagues idées hypochondriaques. Ce qui frappe, c'est l'aspect infecté de cette malade dont la pâleur, le cerné des yeux, le pouls légèrement accéléré, les lèvres sèches contrastent avec un tableau de discordance, d'inaffectivité et de troubles intellectuels aggravés de légers troubles de la série catatonique : maniérisme, mélange de suggestibilité et d'opposition. Dans les jours qui suivent, le contact affectif est de plus en plus difficile, la pensée perd de sa précision. A noter quelques impulsions, mais surtout le syndrome catatonique se complète. L'activité se réduit : conservation durable des attitudes ; négativisme assez accentué. Le teint reste pâle, les yeux cernés, l'anorexie est persistante. L'insomnie est le symptôme le plus marquant.

L'azotémie est à 0,55 0/00. Wassermann négatif. Légère leucocytose neutrophile. Dans le liquide céphalo-rachidien : hyperalbuminose à 0,70 puis à 0,40. Pas de lymphocytose. Le sucre est à 0,35 ; le chlore à 4,38. Toutes les réactions sérologiques sont négatives. Lors des deux examens, on note une très légère hypertension.

L'examen du fond d'œil, pratiqué un mois environ après l'admission de Lucette par le Dr Desvignes, montre une dilatation veineuse importante avec flou papillaire bilatéral. Cet aspect reste inchangé lors d'un deuxième examen (9 septembre) et d'un troisième le 28 octobre 1941, jour où fut pratiquée une ventriculographie.

Le début de l'affection ne remontait qu'à quelques semaines. Insomnie, troubles du caractère. Amaigrissement après une période de surmenage scolaire. Ces troubles étaient assez peu marqués pour que la malade puisse, quelques jours avant son internement, passer avec succès l'examen du brevet supérieur. Durant les derniers jours qu'elle vécut au dehors, elle manifesta une vive hostilité à l'égard des siens, s'enfuit plusieurs fois dans la rue, et, immédiatement avant d'être hospitalisée, s'enfuit par la fenêtre de sa chambre, chez une voisine, en utilisant les entablements des fenêtres, vêtue seulement d'une couverture de laine et portant une mallette où se trouvaient ses livres de classe. Cet incident s'est déroulé au 4^e étage d'un immeuble parisien.

Antécédents personnels. — Prematurée (8 mois). Poids 2 kg. Lors de sa naissance, le père avait 68 ans et la mère 42 ans. Enfance difficile (adénopathie cervicale non supprimée). Maladies de l'enfance, sauf la scarlatine. Adolescence normale ; réglée à 12 ans. Au point de vue intellectuel, développement très satisfaisant ; intelligente, trop exclusivement orientée par les siens vers les succès scolaires. Pas de tendances schizoïdes malgré la vie anormalement studieuse imposée,

Antécédents familiaux. — Du côté maternel : accidents torpides et bacillose (?). Du côté paternel : rien à signaler. Le père est un inventeur chimérique actuellement sénilisé. La mère est bien équilibrée quoique hyperémotive.

Evolution. — Pendant ce séjour à la Clinique, l'état reste sans changement. Aménorrhée totale et amaigrissement progressif. Enfin un clocher thermique à 39° fin septembre sans histoire clinique. Le traitement suivi est hygiénique et anti-infectieux. Un abcès de fixation est pratiqué. Le 27 août, injection d'huile de térébenthine (grosse tuméfaction locale, petite poussée thermique à 38°5 et pas d'abcédation).

Devant la fixité de l'état somato-psychique, et la persistance des manifestations papillaires, le D^r Puech pratique une ventriculographie le 28 octobre 1941. Voici sa note : « *Ventriculographie* : Double trépano-fonction occipitale D et G. Ventricules en place, communiquant, petits. Injection par la droite : l'air passe en encéphalographie ; prélèvement de 10 cc. de liquide. Au total : 25 cc. d'air sont injectés après soustraction équivalente de liquide. *Ventriculogrammes* : Ventricules en place, normaux ; une partie de l'air est passée en encéphalographie, et montre, en particulier au niveau de la région préfrontale, un écartement des sillons et des scissures qui peut être symptomatique soit de l'hypertension intracrânienne, soit d'une atrophie cérébrale. »

Considérant que la dilatation des sillons et des scissures est symptomatique d'une méningite séreuse de la convexité cérébrale, le D^r Puech pratique une trépanation décompressive le 4 novembre 1941. *Trépanation décompressive sous-temporale droite.* Dès l'incision de la dure-mère : issue d'une abondante quantité de liquide. L'ouverture de la dure-mère est poursuivie dans toute l'étendue de la décompressive. Hémostase. Dure-mère non suturée. Sutures cutanéomusculaires. Comme le confirment les suites opératoires, il s'agit bien d'une méningite séreuse abondante, avec les jours suivants formation dans la zone de la décompressive d'un épanchement liquidien sous-cutanéomusculaire. Après quelques jours d'hyperthermie modérée, la malade devint apyrétique, l'épanchement ne se reproduit plus et Lucette réintègre la Clinique le 4 décembre 1941.

Examen post-opératoire. — Etat de stupeur catatonique complet. Stuporeuse, Lucette est insensible à toutes les excitations sensitivo-sensorielles ou psychiques. Quoiqu'elle ne soit pas anesthésiée comme le prouve la dilatation pupillaire, réflexe extrêmement net au pincement et à la brûlure. Catatonique, elle présente au maximum tous les symptômes psycho-moteurs de la grande catatonie. Maintien des attitudes, flexibilité cireuse s'accompagnant d'un certain maniérisme de visage. Le masque est figé dans une expression d'immobilité extatique. Les yeux sont grands ouverts ou bien les paupières fermées sont animées de menus battements. Fait particulier : si on déplace la malade en faisant tourner la chaise sur laquelle elle est assise, la tête de la malade se déplace de façon à ne pas quitter du regard le point de la pièce qu'elle fixait avant la rotation. Ce signe est d'ailleurs

inconstant, mais l'on peut se demander sachant combien derrière cette impaviderité, l'activité hallucinatoire est intense, si la malade n'avait pas son regard fasciné par quelque jeu hallucinatoire. Il y a, bien entendu, un certain degré d'opposition, et indépendamment de lui, une certaine hypertonie de repos. Au total, état d'akinésie spontanée absolu avec hypertonie.

L'examen neurologique, fort difficile, donne des résultats constants : réflexe ostéo-tendineux plus vifs à gauche qu'à droite du côté opposé à la décompressive. A un autre examen, les réflexes tendineux apparaissent uniformément très faibles et sans asymétrie.

Cette présentation nous permet d'aborder une question préalable. Nous ne croyons pas qu'il soit possible de classer cette catatonie ailleurs que dans le groupe des schizophrénies car elle diffère de certaines catatonies transitoires décrites au cours d'une affection typhique, grippale, paludéenne, ou même certaines lésions limitées de l'encéphale : artério-sclérose, tumeurs cérébrales. Lucette présente non seulement des phénomènes d'expression purement motrice selon la terminologie de Pfersdorff mais aussi le contexte psychologique de la catatonie vraie : le négativisme. De plus, tandis que les phénomènes infectieux tendent à s'amender comme le prouvent l'état méningé et l'amélioration du fond d'œil, les phénomènes catatoniques persistent alors que dans la plupart des observations de catatonie accompagnant une maladie infectieuse caractérisée, il y a régression parallèle des phénomènes psycho-moteurs pathologiques et de l'état infectieux.

Comme le pense M. Marchand : quand les lésions méningées sont superficielles et altèrent peu le cortex sous-jacent, tout rentre dans l'ordre. Quand elles sont plus profondes ou plus durables le syndrome schizophrénique apparaît, mais dans tous les cas il y aurait atteinte toxique ou infectieuse du névraxe.

Le grand intérêt de cette observation résulte du fait que l'intervention nous a permis de saisir sur le vif le processus pathologique. Ce processus, nous l'avons deviné à deux ordres de faits : l'absence de contexte caractériel de type schizoïde antérieurement à la maladie et l'existence d'un développement somato-psychique très satisfaisant chez cette jeune fille de 17 ans, et d'autre part son aspect infecté et l'apparition brutale, d'allure processuelle, de l'affection psychopathique. Nous insistons sur le caractère discret des symptômes physiques, qui nous ont orienté vers la recherche des signes somatiques dès notre premier contact avec Lucette B... : la pâleur, le faciès infecté, les troubles digestifs, une hyperthermie à peine sensible, et

surtout l'existence d'une insomnie tenace au début de l'agression. Ainsi se trouvait réalisé le double aspect : positif, d'infection ; négatif, d'absence de troubles dégénératifs, qui nous obligeait à penser à la forme toxi-infectieuse de la démence précoce, suivant la conception de M. Marchand. Le résultat des examens complémentaires montrant une hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, hyperalbuminose rapidement régressive, sans hypertension marquée ni lymphocytose nous a confirmé ce diagnostic.

Quant à l'aspect pathologique du fond d'œil, à la lumière de l'intervention, il serait peut-être plus exact de faire intervenir, à côté du processus mécanique, un processus infectieux. L'hypertension intra-crânienne en effet était, malgré l'importance de la méningite séreuse, relativement modérée.

Ainsi cette malade présentait une méningite séreuse indiscutable avec une atteinte concomitante de l'encéphale. Chez cette jeune fille, le syndrome clinique constaté est en relation avec une méningo-encéphalite diffuse.

Pendant quelque temps, sur la foi d'un rapport erroné de la mère, nous nous sommes demandé si cette schizophrénie n'était pas la conséquence d'un traumatisme crânien qui aurait été important : chute au cours d'un exercice de gymnastique et perte de connaissance. Cette dernière hypothèse s'est montrée inexacte, mais seul l'acte opératoire nous en a montré l' inanité. Il existe, bien des méningites séreuses traumatiques, sur lesquelles a insisté Thurel à propos des traumatismes de guerre. Dans ces cas il y a en général modification des ventricules cérébraux alors que chez notre malade les ventricules sont normaux.

Cette observation *in vivo* d'un processus générateur de schizophrénie est nette. Elle montre tout ce que peut donner une technique d'exploration moderne dans le cadre des psychopathies. Des cas de ce genre ne doivent pas être exceptionnels. Nous avons actuellement en observation dans le service une jeune malade, qui a présenté un flou papillaire bilatéral en même temps qu'évoluait un épisode schizophrénique d'allure catatonique. Le fond d'œil s'est amélioré, le syndrome psychique est à peu près stationnaire. Cette malade, dont l'affection s'est constituée en quelques jours, a déjà présenté un accès délirant 10 ans auparavant. Peut-être s'agit-il là de deux poussées évolutives d'un processus inflammatoire cérébral. Jusqu'à plus ample informé, l'examen du fond d'œil nous semble intéressant dans ces cas. Ce que l'on trouve ce sont des troubles minima : dilatation veineuse légère, aspect estompé des bords papillaires, aspect dont,

nous l'avons dit, la pathogénie est difficile à établir. Ce que l'on voit extériorise un processus complexe d'hypertension et d'infection.

Nous avons parlé de l'intérêt pratique de cette observation. L'intervention a des inconvénients. Si elle n'est pas dangereuse, elle constitue un choc supplémentaire. Mais elle a des avantages : ceux de lever la stase et de combattre le processus mécanique et l'hypertension même légère, tout en modifiant les conditions circulatoires encéphaliques. Or, l'on sait combien les arachnoïdites localisées voient leur pronostic modifié après une intervention qui n'a levé qu'un obstacle mécanique minime. Là où les agents anti-infectieux étaient sans effet, ils reprennent dès l'intervention leur action curatrice. Dans la démence précoce, tous les observateurs soulignent l'effet brillant, mais passager, des thérapeutiques mises en œuvre et certains auteurs ont cherché des traitements capables de consolider les résultats obtenus. L'acte chirurgical préalable activerait peut-être les thérapies médicamenteuses de la schizophrénie.

M. MARCHAND. — Le diagnostic de méningite séreuse ne me paraît pas très précis. C'est un diagnostic que les neuro-chirurgiens proposent souvent, mais, à l'autopsie des sujets, on trouve d'autres lésions cérébrales surajoutées au processus méningé. Dans le cas actuel je pense qu'il s'agit d'une méningo-encéphalite, diagnostic que les présentateurs d'ailleurs admettent. Quant au pronostic, je pense qu'il ne faut pas encore le considérer comme répondant à un état chronique. J'ai vu des malades présentant ce syndrome guérir complètement sous l'influence d'un traitement reconstituant. Quant à la proposition d'une nouvelle intervention décompressive, je trouve qu'il est préférable de s'abstenir, la première intervention n'ayant donné aucun résultat.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Nous avons voulu insister avant tout sur certaines modifications organiques (telles celles de la papille, du liquide céphalo-rachidien) dont la constatation permet de faire rentrer ce cas dans la classification de syndromes médicalement définis. La malade d'ailleurs va beaucoup mieux, elle est bien moins passive qu'il y a un mois.

La séance est levée à 11 heures 30.

Les secrétaires des séances,
Paul CARRETTE et Jean DUBLINEAU.

Séance du Lundi 26 Janvier 1942

Présidence : M. Achille DELMAS

PREMIÈRE SÉANCE

Décès de MM. Rogues de Fursac et Raoul Leroy

M. Ach. DELMAS, président. — Messieurs, notre société déplore la mort de deux de ses membres titulaires, honoraires, les docteurs Rogues de Fursac et Raoul Leroy.

Le D^r ROGUES DE FURSAC a été chef de clinique des maladies mentales, le premier en date des médecins des asiles de la Seine nommés au concours, médecin inspecteur près la Préfecture de police et médecin expert près les Tribunaux.

Dès le début de sa carrière, il avait publié un manuel de Psychiatrie qui n'avait fait que s'enrichir au cours de nombreuses rééditions.

Grand ami des voyages, il avait rapporté d'un séjour en Angleterre un intéressant travail sur un renouveau mystique au pays de Galles. Parmi ses nombreuses publications on peut rappeler son important mémoire sur l'Avarice.

Laborieux, appliqué, consciencieux jusqu'au scrupule, curieux des idées générales, grand amateur de musique, il a mené une vie consacrée au travail professionnel, mais aussi à la poursuite incessante d'une culture générale de plus en plus développée. Moins assidu à nos séances que nous l'eussions désiré, il laisse parmi nous le souvenir d'un collègue modeste, discret, mais plein de finesse et de sagesse.

Le D^r Raoul LEROY ancien interne et médecin des hôpitaux psychiatriques a fait une longue carrière dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Dans son service de Ste-Anne, un des premiers il a organisé un centre de malariathérapie pour le traitement de la paralysie générale, suivant la méthode du Professeur Wagner Jauregg. Les travaux très importants qu'il a publiés sur la question ont eu un grand retentissement en France et ont été réunis en un volume publié en collaboration avec son élève Médakowitch.

Son nom restera attaché au syndrome des hallucinations lilliputiennes, qu'il a décrit avec ses élèves.

Le Docteur Leroy a été président de notre société. Fidèle à la tradition, qui veut que nous fassions une suspension de séance, pour honorer la mémoire de nos anciens présidents, je vous propose de lever la séance.

La séance est levée en signe de deuil.

DEUXIÈME SÉANCE

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 22 décembre 1941 et le procès-verbal de la séance du 12 janvier 1942 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de M. le D^r Marcel TISON, médecin-directeur de la Maison de Santé de St-Mandé, et de M. le D^r Alexandre SIZARET, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le D^r DEVALLET, médecin de l'Hôpital psychiatrique de Bailleul, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. BRISSOT, HEUYER et H. BEAUDOUIN, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ;

une lettre de M. le D^r Lionel VIDART, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. CLAUDE, LAIGNEL-LAVASTINE et BESSIÈRE, rapporteur, pour l'examen de cette candidature.

Commission des Prix

La Société dispose cette année des arrérages du *legs Christian*, du *prix Belhomme* et du *prix Moreau de Tours*.

Legs Christian

Le montant en a été fixé pour 1942 à 1.000 francs.

Une candidature s'est présentée : celle du D^r FOLLIN, interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, qui présente à l'appui de sa candidature sa thèse inaugurale intitulée « *Epilepsie et psychoses discordantes* » (Paris, 1941).

Conformément au règlement du legs, le Bureau de la Société est chargé de l'examen de cette candidature.

Prix Belhomme

Le montant en a été fixé pour 1942 à 1.500 francs.

Un candidat s'est présenté : M. Michel ZABOROWSKI, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, a adressé un mémoire sur la question posée : « *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux)* ». Une Commission composée de MM. H. BEAUDOUIN, BRISSOT et HEUYER est désignée pour l'examen de cette candidature.

Prix Moreau de Tours

Le montant de ce prix est de 200 francs.

Une candidature a été posée : celle de MM. les D^{rs} DÉROBERT, chef du laboratoire de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Paris, et DUCHÊNE, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, pour leur mémoire inédit, intitulé « *L'alcoolisme aigu et chronique. Eléments d'une défense sociale. Problème médico-légal et psychiatrique* ». Une Commission, composée de MM. DUBLINEAU, PÉRON et RAYNEAU, est désignée pour l'examen de cette candidature.

La décision du Bureau concernant le legs Christian, et les propositions des Commissions des prix Belhomme et Moreau de Tours seront, selon l'usage, présentées à la Société à la séance du 18 mai prochain.

Election d'un membre titulaire honoraire

M. le D^r Roger MIGNOT, membre titulaire depuis 1911, demande à être nommé membre titulaire honoraire. Il remplit les conditions pré-

vues par l'article 3 des Statuts. Après lecture de sa lettre, il est procédé au vote à mains levées.

M. R. MIGNOT est nommé *membre titulaire honoraire* à l'unanimité des membres présents.

Election de trois membres titulaires

Après lecture d'un rapport de M. MARTINOT, au nom d'une Commission composée de MM. CLAUDE, MARTINOT, RAYNEAU et D. SANTENOISE, pour l'examen des candidatures aux trois places vacantes de membre titulaire, il est procédé au vote.

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. MENUAU	25 voix.
M. QUERCY	25 —
M. RONDEPIERRE	24 —

M. le D^r MENUAU, médecin de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, M. le D^r QUERCY, chargé de cours à la Faculté des Lettres, médecin de l'hôpital psychiatrique de Château-Picon à Bordeaux, et M. le D^r RONDEPIERRE, médecin de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, sont élus *membres titulaires* de la Société médico-psychologique.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. BROUSSEAU, au nom d'une Commission composée de MM. BROUSSEAU, HEUYER et Th. SIMON, pour l'examen de la candidature de M. le D^r L. MICHAUX, au titre de membre correspondant national, il est procédé au vote.

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

A obtenu :

M. MICHAUX	21 voix.
------------------	----------

M. le D^r Léon MICHAUX, médecin des Hôpitaux de Paris, est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Masochiste obsédé, habitudes sadiques du conjoint et érotomanie de compensation, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Paul NEVEU et F. BRISSON.

Le masochisme suscite rarement des incidents médico-légaux en raison du caractère passif, essentiellement dépourvu d'agressivité de cette perversion. L'observation, que nous communiquons, montre comment des perturbations affectives profondes ont pu, dans un ménage sadi-masochiste, déterminer chez l'un des conjoints une aggravation de la perversion aboutissant à des troubles de la conduite et des réactions scandaleuses, et chez l'autre, un syndrome d'érotomanie par compensation.

OBSERVATION. — André B..., âgé de 34 ans, dessinateur-retoucheur de photographies, est un homme de mise correcte, dont l'attitude et les gestes montrent une certaine affectation un peu maniérée avec une nuance de théâtralisme. Il s'exprime avec précipitation, d'une voix au ton élevé, au timbre un peu féminin ; souvent il hésite, se rétracte ou se perd dans des digressions inutiles. Mme B... Rosette, âgée de 32 ans, est une personne à l'aspect banal de petite bourgeoise. Sa mimique exprime avec niaiserie la pitié et l'attendrissement, quand elle parle de son mari ; mais elle s'anime et s'exalte quand elle nous confie son délire érotomaniacque.

Les renseignements recueillis permettent de reconstituer les faits qui ont amené l'internement d'André B... Le 22 décembre, dans la matinée, son propriétaire fut alerté par ses appels au secours et ses supplications d'enfoncer la porte de son logement. Après avoir pris la précaution d'appeler la police, le propriétaire força la porte, et l'on trouva André les mains liées fortement aux pieds, couché sur un lit, dans une position que ses efforts pour se libérer de ses entraves avaient rendue encore plus inconfortable. Dans la pièce se trouvaient quelques objets : deux martinets, une cravache, des courroies entortillées de fils électriques et une sorte de collier fait d'une ceinture de cuir munie de clous. Délivré de ses liens, et amené au commissariat afin de fournir des éclaircissements sur cette curieuse mise en scène, André donna des explications bizarres. Il ne se souvenait plus de rien, prétendait ne pas savoir depuis quand il était attaché, peut-être depuis dix jours. Après s'être posé en victime de sa femme qu'il rendait responsable de l'acquisition des instruments de torture, il se rétracta quand il comprit qu'elle risquait d'être inculpée de séquestration et sévices. Il fut alors conduit à l'Infirmerie Spéciale, où sa femme vint apporter l'explica-

tion des faits. Le matin, avant de partir à son travail, Mme B... avait attaché fortement André sur sa demande. Elle devait venir le délivrer vers midi ; mais son mari ne put supporter le supplice qu'il s'était volontairement fait infliger. Ses efforts pour se dégager resserrant les liens qui le maintenaient, il fut pris de peur, il eut qu'il allait mourir, perdit la tête et malgré la honte qu'il éprouvait à découvrir sa position, il appela au secours. Tout un passé de perversion masochiste expliquait cette mise en scène.

André, par auto-analyse rétrospective, fait remonter ses goûts spéciaux à l'âge de sept ans. En fait, il semble confondre des représentations érotiques actuelles avec des souvenirs infantiles ayant un rôle psychogène discutable. Sa première émotion sexuelle avec éjaculation survint à 14 ans, alors qu'il s'était attaché lui-même les mains aux pieds. Pendant l'adolescence il renouvela peu ces pratiques, mais ses représentations érotiques gardèrent un caractère masochiste : « se faire attacher, se faire battre par une femme autoritaire ». A 22 ans, deux essais de sexualité normale où les partenaires durent prendre l'initiative, lui donnèrent peu de satisfaction.

A l'âge de 24 ans, il fut présenté à Rosette, cousine d'une camarade de travail. A la suite de dissensions motivées par la jalousie entre les deux jeunes filles, Rosette vint habiter d'abord dans la même maison qu'André, puis il l'invita à loger chez lui. Il présenta alors un comportement de soumission vis-à-vis d'elle. Il s'engagea à la respecter et, en effet, il n'aura jamais de rapports sexuels normaux avec elle, même quand, au bout de quelques mois, il l'eut épousée. Peu à peu il obtint, assez facilement d'ailleurs, qu'elle consentit à se livrer sur lui à des pratiques agressives qui devinrent de plus en plus violentes. Des quelques « claques » du début, il en vint à la classique correction enfantine suivie de l'entrave des mains, grâce à quoi il parvenait à l'éjaculation. Elle-même semblait manifester une « satisfaction morale » et n'avoir pas d'autres préoccupations sexuelles. Ces pratiques renouvelées deux ou trois fois par semaine devinrent une habitude sexuelle régulière qui s'exerça sans incident pendant huit années.

La guerre apporta une perturbation affective considérable à cette sexualité anormale mais régulière et relativement inoffensive. André, mobilisé puis en captivité, fit connaissance de camarades « très distingués », dit-il, mais également atteints de perversions variées. Il y eut des échanges de confidences, des conseils mutuels. C'est ainsi qu'il recommanda à un coureur cycliste « frotteur » de revenir à une sexualité normale. Lui-même résolut de « guérir » de sa perversion, il présenta dès lors des crises névropathiques qui motivèrent sa réforme et sa libération en avril 1941.

A son retour de captivité, André déclare à sa femme qu'il est guéri de sa perversion et lui demande d'avoir des relations normales ; mais elle refuse énergiquement, se disant incapable d'accepter des rapports sexuels autrement que selon l'habitude sado-masochiste et elle conseille à son mari « d'aller voir d'autres femmes ». Il s'adresse alors à des

prostituées, il a un rapport normal après cunnilinctus avec l'une d'elles. Mais, immédiatement, il tombe dans le domaine de la prostitution spécialisée, où s'exacerbe alors son masochisme. Il cherche vainement à y entraîner sa femme « afin de l'instruire », il se documente, achète et confectionne les accessoires classiques. Des obsessions graves apparaissent, il pense constamment à sa perversion, aux moyens d'accroître ses supplices, car il n'obtient plus régulièrement de satisfaction, et dans ce cas apparaissent de grandes crises névropathiques. En même temps, il fait des efforts d'auto-analyse, recherche dans les souvenirs infantiles une motivation de son anomalie sexuelle. Il en rédige des justifications, exécute des dessins qu'il détruit ensuite ; ainsi s'aggrave et s'enrichit sa perversion avec ce qu'il a vu et lu. Le malade devient alors irritable, exigeant ; il fait des scènes mélodramatiques à sa femme afin qu'elle le terrorise. Elle se prête à ces mises en scène, mais s'inquiète. Enfin arrive l'incident terminal : dans un état de conscience profondément troublée, sa représentation masochiste s'impose, il se croit torturé, séquestré, abandonné et menacé de mourir, et perdant tout contrôle il appelle au secours.

D'autre part, Mme B... nous parut également intéressante à étudier au cours des visites qu'elle fit pour s'informer de la santé de son mari. Au point de vue sexuel, bien qu'elle ait eu autrefois des rapports normaux avant son mariage, elle ne pouvait plus souffrir l'idée d'une vie conjugale normale. Son mari est un être veule, sans volonté et sans personnalité, qu'elle ne peut aimer que sur le mode sadique, et cette habitude a pris chez elle une telle force qu'elle s'anime, s'exalte et profère des menaces de sévices quand, au cours d'une de ses visites, André se met à pleurer.

Cependant la séparation a profondément troublé sa vie sentimentale. Pendant la captivité de son mari, au cours des démarches qu'elle fait pour obtenir sa libération, elle remarque l'intérêt que lui porte un monsieur qu'elle sollicite, et un délire érotomane typique vient, sur ce fonds de débilité mentale avérée, compenser la privation de satisfaction sexuelle. Outre les caractères classiques, toutes les qualités qui manquent au mari sont attribuées à l'objet ; aussi Mme B... voit-elle en lui l'homme avec qui elle aura un commerce amoureux normal passionnément désiré. Il occupe une situation élevée ; c'est un chef d'entreprise, énergique, actif, très viril ; il a de nombreuses maîtresses, mais il est prêt à les abandonner pour épouser Mme B... Elle le reconnaît souvent, passant dans de puissantes voitures, entouré de jolies femmes, ou seul, pour lui faire comprendre qu'elle doit venir. Dès le premier jour, l'attitude de l'objet lui a prouvé l'intérêt qu'il lui porte, et depuis il ne cesse de la poursuivre de ses assiduités. Il la fait suivre constamment dans la rue par des amis qui font des compliments et des allusions flatteuses. Toutes ces personnes se passionnent pour le roman en cours. La conviction de Mme B... est absolue et elle nous demande conseil ; car elle hésite

entre son mari dont elle a pitié et l'objet qui la poursuit de son amour.

L'examen d'André B... pendant son séjour dans le service a montré chez lui une certaine tendance à la mythomanie. Il se pare de qualités professionnelles, dissimule son instabilité et son insuffisance réelle. Les faits sont amplifiés. Comme les enfants, il se complait dans des récits extravagants et terrifiants où il se représente lui-même prêt d'être massacré et dépecé par sa femme ivre de fureur. A son entrée, il éprouvait des sentiments pathologiques correspondant à un état de psychasthénie ; c'était une impression d'étrangeté ; on jouait autour de lui une comédie, on essayait de l'influencer ; il présentait des pseudo-barrages liés à des obsessions à forte charge affective.

Les antécédents montrent l'instabilité professionnelle, l'insuffisance de la capacité d'adaptation du sujet, la dysharmonie de son développement intellectuel. Il se présente en outre comme un obsédé méticuleux, scrupuleux, recommençant ses additions, relisant ses lettres à plusieurs reprises, méfiant, susceptible, ombrageux, se vexant pour un mot, replié sur lui-même. Dès l'âge de 14 ans il emploie contre ses obsessions des procédés conjuratoires, en particulier la formule $\frac{V}{P}$ qui signifie que la volonté domine la passion.

Au point de vue physique, on note quelques anomalies : coalescence des sourcils, ébauche de tubercule de Darwin, implantation vicieuse des incisives inférieures, caninisation de l'incisive supérieure gauche, ongles bombés. D'autre part, l'examen est entièrement négatif.

Ainsi, sur ce terrain particulier accompagné de caractères hystériques, nous voyons comment s'est manifestée chez André une perversion complète de l'instinct sexuel. Elle apparaît comme un arrêt du développement libidinal, à un stade infantile, lié à une insuffisance génitale et à des caractères inter-sexuels. Chez la femme il s'agit d'une dépravation acquise, d'habitudes sadiques, dont elle ne peut se défaire. C'est le conflit affectif déterminé par la séparation, puis le désir inopportun de guérison du malade qui aggrave la perversion de ce ménage. Tant que celle-ci, consciente, n'est pas refoulée, le sujet ne présente pas de troubles graves. C'est quand il lutte contre son habitude, qu'apparaissent les obsessions, les crises névropathiques, les troubles psychasthéniques.

Ici intervient également une intéressante interpsychologie. Si André B... a des amis, ce sont comme lui des perversis sexuels, obsédés ou non, qui semblent prendre à son histoire un vif intérêt. Quand il veut fréquenter des prostituées, il est immédiate-

ment reconnu et adopté par le milieu spécial classique et un élément nouveau de culture vient aggraver la perversion. Vis-à-vis de sa femme s'est établie une habitude sexuelle anormale régulière ; mais elle aspire à s'évader de ce sadisme acquis et quand l'habitude lui fait défaut, par compensation, elle exprime ses pulsions affectives dans un syndrome d'érotomanie.

M. Ach. DELMAS. — Il serait intéressant de connaître exactement le mode de début des premières manifestations masochistes de ce sujet. Ces manifestations sont en général, chez de tels déséquilibrés, précoces et violentes.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Comme nous l'avons indiqué, elles se sont produites vers l'âge de 7 ans, et se sont fixées ensuite par un véritable réflexe conditionnel.

Guérison rapide par l'électro-choc d'une mélancolie chez une femme âgée de 69 ans, par MM. A. BROUSSEAU, S. CASALIS et Pierre LAUBRY.

Deux motifs principaux nous ont incités à vous rapporter la guérison, par une courte série d'électrochocs, de ce syndrome mélancolique. Ce sont l'âge de la malade (69 ans) et les perspectives que nous ouvre cette méthode pour le traitement des psychoses maniaco-dépressives.

OBSERVATION. — On ne relève chez les ascendants et collatéraux de Mme G. aucun fait permettant de penser à un état maniaque ou mélancolique.

Elle mena, en des conditions bourgeoises, une vie exempte de fatigues et de soucis graves. A 28 ans, elle épouse un homme très épris, de procédés délicats, qui ne cessa de la combler d'attentions. Mais, dès la fin de la période de fiançailles, on s'étonna d'une apathie apparente, d'une incapacité d'agir. C'est ainsi que l'on dut répondre pour elle aux personnes qui lui avaient envoyé des cadeaux. Huit jours après le mariage, son mari est contraint d'interrompre prématurément leur voyage de noces. On la ramène à Paris ; elle présente un état d'agitation anxieuse et dépressive, avec gâtisme. Après 5 mois de séjour dans une maison de santé, elle guérit complètement.

Elle reprend une vie confortable, relativement oisive, très conforme à ses goûts. De caractère assez personnel, sa famille remarque qu'elle est surtout sensible à tout ce qui gêne ou menace sa sécurité physique ou morale. Elle fait précocement un avortement suivi d'in-

fection, mais sans aucun trouble mental. Depuis, malgré son désir, elle n'est plus jamais enceinte.

Lorsque beaucoup plus tard elle perd son mari, on s'étonne de la manière très raisonnable dont elle éprouve ce deuil. Par contre, elle est très affectée par la mort de son beau-frère, en qui elle avait trouvé un soutien efficace et constant, tant dans la vie familiale que pour la gérance d'une affaire dont elle était propriétaire.

En 1933 — elle avait alors passé la soixantaine — elle manifeste, à l'occasion d'une otite, des troubles psychopathiques décrits comme une phase d'excitation et d'exaltation singulière. Elle est soignée chez elle et guérit complètement.

L'état de guerre, l'exode, puis le retour à Paris avec toutes les complications quotidiennes de la vie ménagère et urbaine altèrent progressivement son humeur. Elle s'inquiète, gémit sur le sort de sa cuisinière obligée aux contraintes du ravitaillement. Après quelques semaines de dépression progressivement accentuée, se déclenche un soir un état d'anxiété grave, avec mutisme, refus de se nourrir, de se coucher, attitudes dramatiques, essai de se soustraire, soit par ruse, soit par force, à toute surveillance. Elle tente de s'enfermer dans la cuisine, puis devant l'un de nous, cherche soudain à s'étrangler avec la cordelière de sa robe de chambre.

À la maison de santé elle présente d'abord un syndrome mélancolique classique avec anxiété, idées d'indignité, d'auto-accusation, de ruine, idées de suicide et tentatives répétées, gâtisme.

Pendant 8 mois, sur ce fond dépressif, tout en demeurant alitée et souvent gâteuse, elle passe par des périodes où d'une manière stéréotypée elle rit, chantonne, contrefait la voix et le geste d'un comédien très connu.

Devant la menace de chronicité que suggèrent son indifférence toujours plus marquée à sa situation, son incurie, la pauvreté et la brièveté de ses réactions affectives à l'égard de ses visiteurs, parents et amis, son opposition à l'alimentation et à tout essai de lever, son amaigrissement accentué, nous décidons, d'accord avec tous les membres de sa famille, de la soumettre à l'électrochoc.

Bien qu'aucun signe ne trahît en elle l'amorce d'une sénilité, l'âge de Mme G. commandait que l'on s'assurât au préalable de l'intégrité du système cardio-vasculaire. Elle fut soumise à la série des épreuves dont nous donnons plus loin le détail, et le premier électrochoc fut pratiqué le 18 octobre. Les jours suivants, l'expression du visage s'éclaire. Le 23 octobre, un second choc accentua cet aspect favorable. Sitôt après le troisième (30 octobre), la fatigue disparaît. La malade s'étonne : « Où suis-je ? qu'est-ce que je fais ici ? » Elle demande à tricoter. Le 5 novembre, après un 4^e choc, elle se montre bien orientée dans le temps et l'espace et s'entretient très raisonnablement avec le médecin. Mais elle garde de ses idées de ruine des préoccupations d'argent : « Tant de visites de docteurs ! Elle ne pourra jamais assumer ces frais ». Quelques épisodes d'anxiété

fugace surviennent encore. Le 11 novembre, le cinquième choc la rend à son aspect normal pendant toute sa vie diurne. Ses proches en témoignent : mêmes réactions affectives, même activité, même vivacité de l'esprit, même sûreté de jugement. Mais à chacun de ses réveils de la nuit et du matin, elle émet encore des craintes anxieuses de ruine ou de damnation. Tout s'efface rapidement dès qu'elle est complètement éveillée.

De plus, toute la période de sa vie qui s'est écoulée entre le dernier paroxysme d'anxiété mélancolique à son domicile et le début de novembre — soit une dizaine de mois — comporte dans son souvenir des lacunes de détails, et surtout un caractère d'étrangeté. Son arrivée, les soins qu'elle reçut, les personnes qui la visitèrent, parents, infirmières, médecins, tout lui semble comme si « c'était arrivé à une autre personne, dans un autre monde ». Une sixième séance abolit définitivement tout rappel d'anxiété. Pour mieux assurer la guérison, on pratique à une semaine d'intervalle trois autres électrochocs. Mme G. mène actuellement une vie normale à tous égards. Elle a pu, avec son conseiller juridique, prendre de la manière la plus pertinente toutes les décisions qui, au détriment de ses intérêts, se trouvaient depuis un an en suspens.

En résumé, grâce à la méthode de Cerletti, une mélancolie grave, comportant des traits mixtes, seconde manifestation dépressive survenant chez une malade âgée de 69 ans, quarante ans après la première, et chaque fois pour des raisons affectives, a été, en moins d'un mois, radicalement guérie.

Il est permis de penser que nombre d'autres cures de même ordre pourront être obtenues chez ces malades qui le plus souvent s'étaient trouvés jusqu'ici abandonnés à l'infortune de l'évolution naturelle. Mais il convient de se ménager toutes les chances de succès et, particulièrement chez les personnes qui ont passé la cinquantaine, il est indispensable de vérifier minutieusement l'intégrité du cœur et surtout des vaisseaux. Après un examen clinique du cœur, confirmé s'il se peut par l'investigation radioscopique et électrique, on s'attachera à dépister, par tous les moyens possibles, l'éventualité d'une déficience artérielle, voire artériolaire. La palpation, la mesure de la tension artérielle, et de l'indice oscillométrique donnent déjà de précieux renseignements sur l'état pariétal des artères accessibles. L'électrocardiogramme, en dehors de la valeur électrique de la fibre musculaire, nous donne indirectement la note coronarienne. L'examen du fond d'œil nous instruit avec une grande objectivité sur la circulation artériolaire encéphalique. Enfin la recherche des réflexes oculocardiaque et sino-carotidien nous éclairent mieux que toute

autre investigation clinique, sur l'interaction fonctionnelle qui unit le système nerveux végétatif et l'appareil circulatoire.

Il est vraisemblable que la crise convulsive déterminée par l'électrochoc n'inflige pas, même aux cardiopathes, un retentissement plus grave que tout « choc » opératoire et l'on sait combien à ce point de vue on est revênu des préventions qui ont si longuement compté parmi les contre-indications majeures aux interventions chirurgicales chez cette catégorie de malades. Dans notre cas, un second tracé électrocardiographique, très récent, s'est montré aussi rigoureusement normal que le premier.

L'exemple que nous venons de rapporter montre combien large peut être le champ ouvert à cette thérapeutique. Si l'on veut bien ne la mettre en œuvre qu'après s'être assuré du bon état du cœur et surtout des vaisseaux, le risque est minime au regard des avantages qu'il est permis d'escompter. On ne saurait désormais suivre l'exemple de ceux qui, par excès de prudence, s'efforcent de réduire l'importance du choc, et ne cherchent à n'obtenir qu'une perte de conscience, par crainte d'accidents possibles sous la convulsion provoquée. C'est ainsi qu'une méthode excellente, bien supérieure à ses devancières, peut être déconsidérée sous des échecs imputables au seul médecin timoré, et par surcroît le malade court des périls beaucoup plus grands. Müller (de Münsingen) signale que les arrêts du cœur surviennent cinq fois plus fréquemment lors des crises avortées.

Ce même auteur a rassemblé les 209 cas de psychose maniaco-dépressive, traités en Suisse et en Italie jusqu'en juin 1941. Les mélancolies franches ont guéri dans la proportion de 70 %. Et si l'on ne considère que les cas suisses ce taux atteint 85 %.

Au contraire de ce que l'on observe dans les états démentiels précoces et schizophréniques, la longue durée de l'évolution préalable à l'emploi de l'électrochoc constitue un facteur relativement favorable. Tout se passe comme si le traitement rompait un système d'habitudes morbides, reliquat du syndrome initial. On conçoit que les mélancolies involutives et préséniles réagissent moins favorablement. Cependant la guérison totale survient pour la moitié environ.

Les accès maniaques ne cèderaient que dans 30 % des cas, mais le faible nombre des observations connues ne permet d'accorder à ce chiffre qu'une valeur toute provisoire.

Nous ne l'avons nous-mêmes tenté que tout récemment, dans un cas fort grave, traité après plus de deux ans d'alternance d'accès tour à tour maniaques et mélancoliques, chez une femme

de 39 ans, parvenue à un degré d'émaciation considérable (34 kg.). Le cinquième électrochoc a marqué le retour complet à la normale.

Une conclusion s'impose : tout syndrome maniaque ou mélancolique pouvant être nettement considéré comme un accès de psychose intermittente ou maniaco-dépressive doit être soumis à une appréciation aussi complète que possible de la valeur du système cardio-vasculaire, et si aucune contre-indication formelle n'apparaît, la méthode de convulsions provoquées par l'électrochoc doit être mise en œuvre, et son application poursuivie selon les règles de prudence, de décision et de connaissance technique tirées d'une expérience toujours plus diverse et plus riche.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Lors de la dernière séance, M. Leulier a cité un cas de mélancolie chez une femme de 57 ans, délirante, qui fut traitée et guérie après 7 ou 8 chocs. Depuis cette date, j'ai suivi avec Neveu un homme de 55 ans, présentant également une mélancolie délirante, qui a été guéri après 8 électrochocs. Vraiment, il me semble que la mélancolie constitue une des grandes raisons d'employer l'électrochoc.

M. GUIRAUD. — Je voudrais demander quelques précisions sur la statistique de Müller. Il y aurait, dites-vous, 5 fois plus d'arrêts de cœur avec les chocs légers qu'avec les chocs intenses. L'arrêt du cœur est-il donc si fréquent ? Il semble d'autre part paradoxal que les troubles cardiaques soient plus fréquents dans les crises avortées que dans les crises vraies. Comment doser « électriquement » l'électrochoc ? Il semble qu'en pratique on aille un peu au hasard. Au contraire avec le cardiazol, en commençant par des doses faibles, on atteint assez vite les convulsions.

M. HYVERT. — L'intérêt de la méthode dans la mélancolie, aussi bien avec l'électrochoc qu'avec le cardiazol, est à souligner. Il y a la question des dangers : que sont ces accidents cardiaques ? Ils sont peut-être plus liés à l'asphyxie du myocarde qu'au cardiazol ou à l'électrochoc proprement dits. Chaque malade ne fait-il pas « sa crise » ? Il y a un seuil individuel, qui importe plus peut-être que la nature du procédé employé. Le danger paraît d'ailleurs moins grand avec l'électrochoc.

M. DEMAY. — J'ai actuellement l'expérience d'une dizaine de cas de maniaques traités par l'électrochoc. J'ai été très surpris de la

rapidité des résultats favorables obtenus chez quatre d'entre elles. On a parlé d'accidents cardiaques : je crois qu'il s'agit surtout d'incidents respiratoires. Tous ces accidents se ramènent avant tout à la question des réactions individuelles. Le seuil d'excitation, qui varie avec les malades, varie aussi avec les phases de l'affection.

M. BROUSSEAU. — Il ne semble pas qu'au total il y ait beaucoup d'accidents cardiaques. En tout cas il y en a beaucoup moins qu'avec le cardiazol. Le détail de la statistique de Müller paraîtra dans les *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*. Quant au dosage de l'électrochoc, la technique en est plus précise que celle du cardiazol. Et les crises sont moins pénibles.

Traitement de l'encéphalite psychosique azotémique par les injections intraveineuses massives de sérum glucosé chauffé à 50° (53 guérisons sur 60 cas traités), par M. Maurice HYVERT.

Dans une communication faite à la Société médico-psychologique en 1933 (1) nous avons présenté six cas d'encéphalite psychosique azotémique, guéris après des injections intraveineuses massives de sérum glucosé chauffé à 50°. Michel Colin (2) dans sa thèse parue six mois plus tard en a publié 12 cas. La relative rareté de cette affection ne permet pas de fournir une statistique importante. Néanmoins il a été possible de rassembler 48 nouvelles observations, ce qui porte le chiffre total à 60. Sous l'influence de ce traitement il s'est produit un renversement complet du pronostic de cette redoutable affection puisque dans un service où l'on observait en moyenne chaque année 10 décès par délire aigu, il ne s'en est produit que sept en six ans et en outre presque tous ceux-ci ont eu lieu dans des conditions particulières.

1°) LES MALADES. — Afin d'éviter le reproche de n'avoir traité que des formes bénignes les observations des malades utilisées dans la statistique ont été choisies avec soin. En effet, devant les excellents résultats obtenus d'emblée, le traitement a été large-

(1) M. HYVERT, TRAN-MINH-PHUONG, G. et M. COHN. — Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite psychosique azotémique. *Société médico-psychologique*, 19 déc. 1933.

(2) Michel COHN. — Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite psychosique azotémique. *Thèse de Lille*, 1934.

ment étendu à tous les confus graves qui en ont d'ailleurs tiré un très important bénéfice. Beaucoup d'entre eux auraient pu être qualifiés cliniquement de délire aigu, d'autant plus facilement que le taux de l'urée sanguine, rapidement modifié par les injections de sérum glucosé chaud, ne pouvait plus guère servir comme élément de diagnostic et de pronostic. Cependant seuls n'ont été conservés que des malades présentant à la fois un état clinique extrêmement grave et un chiffre d'urée progressivement croissant. C'est dire que par prudence, d'authentiques délires aigus ont été éliminés.

Les soixante cas comprennent : 39 femmes et 21 hommes (1). Cette suprématie du nombre des femmes est d'observation classique. Chez tous les malades il s'agissait d'encéphalite psychosique azotémique primitive ; c'est-à-dire survenant brusquement chez des sujets en bonne santé physique et indemnes jusqu'alors de troubles mentaux. Il n'a pas été donné de voir un seul cas de syndrome secondaire ; cela n'est guère étonnant si l'on sait que tout malade présentant un état confusionnel un peu sérieux a reçu immédiatement ce traitement qui a fait disparaître rapidement les troubles.

Il est inutile d'insister sur les symptômes cliniques. Il s'agit, en effet, d'un tableau extrêmement dramatique facile à observer et bien connu de tous. Son apparition permettait jusqu'alors de porter sans hésitations un pronostic fatal, rarement démenti par les faits, et tous les malades inclus dans la statistique ont présenté ce symptôme au complet. Toutefois il semble nécessaire d'insister sur un symptôme qui s'est révélé d'importance primordiale et vraisemblablement le plus fidèle témoin de la gravité de la toxémie : c'est la rapidité du pouls. Atteignant presque toujours et dépassant souvent 150 pulsations à la minute, cette tachycardie évolue indépendamment de la température et de l'agitation : on l'observe aussi bien chez le malade subfébrile, qui n'est pas rare même dans les cas mortels, que chez celui où la température atteint 40°. Elle existe chez l'agité, mais aussi chez le prostré adynamique. Elle apparaît précocement et persiste aussi longtemps

(1) Leurs âges se répartissent ainsi :

de 20 à 30 ans :	10	femmes ;	7	hommes.	Total :	17.
de 30 à 40 ans :	17	»	5	»	»	22.
de 40 à 50 ans :	7	»	1	»	»	8.
de 50 à 60 ans :	4	»	2	»	»	6.
plus de 60 ans :	1	»	6	»	»	7.
—	»	—	»	»	»	—
Total :	39	»	21	»	»	60

que l'état reste grave même bien après que, sous l'influence du traitement, le chiffre d'urée soit revenu à taux normal. C'est sur elle que l'on doit se baser pour modifier les applications thérapeutiques.

Ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure, l'urémie est tellement modifiée par les injections de sérum chaud qu'il n'est plus possible de lui accorder la moindre valeur pronostique. Un excès de confiance dans ses variations est responsable de la mort de deux malades. Pendant les périodes d'extrême gravité, les dosages de l'urée sanguine ont été le plus souvent quotidiens. Chez tous il y avait une tendance très nette à une élévation du taux de l'urémie, élévation rapidement arrêtée par le traitement. Cependant vingt-deux malades ont eu de 1 gr. 50 à 2 gr. d'urée, quatre de 2 à 3 gr., deux de 3 à 4 gr. et une malade a atteint le chiffre de 5 gr. 71 tout en guérissant parfaitement par la suite. Cette dernière observation a été publiée (1) car elle semble impressionner les incrédules bien qu'à notre avis elle n'ait guère d'autre valeur que de constituer une unité dans la statistique. Il est intéressant de rapprocher d'elle celle des deux malades qui sont morts alors que le chiffre d'urée sanguine était au-dessous de 0 gr. 50, ce qui avait entraîné à tort un arrêt de traitement.

2°) TECHNIQUE. — La technique est simple et la seule faute à éviter est d'agir avec timidité.

Le sérum à employer est la solution isotonique de glucose à 40 pour mille en ampoules de 500 cm³. Les ampoules sont placées dix minutes dans un récipient (seau) contenant de l'eau maintenue à 50°. Cette température doit être très soigneusement vérifiée au thermomètre, car il serait sans doute grave de la dépasser. L'injection est faite au pli du coude aussi vite que possible. Aussi doit-on employer une aiguille un peu grosse (10/10). La quantité à injecter dépend de la gravité de l'état du malade. En une fois elle ne sera jamais inférieure à un litre. Mais si une amélioration n'est pas immédiatement obtenue il ne faudra pas hésiter à recommencer plusieurs fois dans les 24 heures. Il a été possible d'aller jusqu'à 4 litres par jour.

Les jours suivants la même attitude est conservée jusque, non seulement au retour de l'urée sanguine à un taux normal, mais encore à la disparition de la tachycardie et des symptômes généraux de gravité. Pour la plupart des malades traités, un total de

(1) M. HYVERT et P. BLONDEAU. — Un cas de guérison d'encéphalite psychosique azotémique, *Picardie médicale*, mars 1937.

10 litres a été suffisant pour obtenir une amélioration considérable. Quelques-uns cependant ont reçu de 15 à 20 litres et une malade a reçu 36 litres.

L'action bienfaisante du traitement se manifeste souvent immédiatement. L'agitation se calme très rapidement, infiniment mieux qu'avec les calmants habituels dont on sait le grave danger dans les délires aigus. Il n'est pas rare de voir le malade s'endormir pendant l'injection. S'il y a adynamie le pouls est rapidement mieux frappé et la prostration s'atténue. On note souvent l'apparition de plaques érythémateuses et une sudation abondante.

Il faut en général cinq ou six jours pour obtenir la disparition des symptômes d'atteinte grave de l'état général. La progression de l'urémie cède en quelques jours, mais chez de nombreux malades on a vu se produire des retours offensifs toujours prévus ainsi que nous l'avons dit plus haut par la tachycardie. Il convient donc dans ce cas de persévérer jusqu'à la persistance des symptômes d'amélioration.

Au point de vue mental l'état confusionnel dure plus longtemps mais il s'atténue ensuite progressivement et ne tarde pas à disparaître.

Enfin notons que dans l'ignorance où nous sommes de la cause réelle du délire aigu, il n'est peut-être pas prudent de négliger le renseignement que nous donne l'aspect infecté du malade. Aussi tous nos malades ont-ils reçu une thérapeutique anti-infectieuse, le plus souvent sous forme de sels d'or. Ceux-ci peuvent actuellement être remplacés par des sulfamides.

3°) RÉSULTATS. — Les résultats sont les suivants :

<i>Guérisons</i> totales	47
<i>Améliorations</i> suivies de confusion chronique	6
<i>Décès</i>	7

Ces chiffres se passent de commentaires : 88 p. 100 des malades ne sont pas morts de leur délire aigu, et 78 p. 100 ont guéri complètement.

Au sujet des *guérisons*, il est assez remarquable de constater qu'elles sont absolues ; il s'agit dans la plupart des cas d'un retour complet à l'état normal, sans aucune séquelle ; chez 32 malades sur 47 la disparition du trouble mental n'a pas excédé un mois. Chez 15 malades des syndromes secondaires ont été observés : aspect de confusion chronique, aspect hébéphrénique, aspect dépressif. Ils ont cédé plus ou moins rapidement après traitement aurique auquel a été adjointe dans ces dernières années la théra-

peutique convulsivante. Tous les malades qui ont pu être revus avaient un état mental absolument normal et conservaient une amnésie totale de la période morbide. Une seule malade, à notre connaissance, a présenté par la suite deux petites rechutes confusionnelles sans gravité.

Cependant, six malades ont eu des troubles mentaux secondaires d'apparence irréductibles. Le syndrome a toujours été celui d'un affaiblissement intellectuel profond, mais, au début, pas toujours facile à distinguer d'une confusion grave et réductible.

Les *décès* sont très instructifs car ils peuvent à peine être mis au passif du traitement.

Deux malades (homme 41 ans, femme 36 ans) ont été victimes de la confiance dans l'azotémie. Le traitement a été interrompu dès que celle-ci est redevenue normale. Ils sont morts en 24 heures après une reprise impressionnante du syndrome.

Un homme de 55 ans est mort quelques heures après son entrée et n'a reçu qu'une seule injection de sérum.

Un homme de 62 ans est mort deux jours après son entrée. C'était dans les débuts de l'application du traitement et l'on était dans l'ignorance des doses massives. Il n'a pas reçu plus d'un litre de sérum par jour malgré une urémie à plus de 2 grammes.

Un autre homme de 62 ans, 3 grammes d'urée sanguine, 30 grammes de sucre urinaire, est mort d'asystolie.

Enfin, les deux derniers décès concernent deux femmes où l'état général a subi immédiatement une grosse amélioration mais chez qui il s'est installé secondairement une cachexie progressive sans augmentation du taux de l'urée.

Sur sept décès nous voyons donc que quatre ont été insuffisamment traités, un est mort d'autre chose et deux ont eu une cachexie secondaire. Est-il même possible dans ces cas de parler d'un échec du traitement ?

Nous n'avons pas parlé de l'encéphalite psychosique alcoolique. Elle est en effet rare à l'asile. Cependant au cours de la guerre il a été possible d'en observer une dizaine de cas au centre régional de psychiatrie de la deuxième région. Le sérum glucosé chaud a donné d'excellents résultats, car il n'y a pas eu de décès. Il est juste de dire que tous les malades ont reçu, en outre, de la vitamine B1 qui a paru agir dans un sens tout à fait favorable.

En terminant, il est permis de se demander comment interpréter l'action des injections massives de sérum chaud. Notre ignorance persiste après huit ans et aucune des explications suggérées

par des lectures ou des conversations n'a semblé susceptible de satisfaire l'esprit. Les quelques recherches faites sur le sang et sur le liquide céphalo-rachidien n'ont montré aucune modification appréciable en dehors de celles provoquées par la dilution. En raison de la rapidité de l'action ne peut-on émettre l'hypothèse d'une modification mécanique importante comme par exemple le serait la diminution de l'œdème cérébral ?

M. GUIRAUD. — Une telle injection entraîne des perturbations certaines dans les reins. Quelle est la température du liquide injecté ? Jusqu'à quel degré peut-on injecter le sérum ? Il y a également une question de quantité. Je me rappelle le cas d'une malade dont le délire aigu azotémique avec oligurie avait duré quinze jours et s'était terminé par la mort ; à l'autopsie, on a trouvé de l'œdème rénal. Il faut donc prendre garde de ne pas injecter de trop grandes quantités de sérum. Avez-vous observé un abaissement de la température du malade au cours même de l'injection ?

Je voudrais enfin dire un mot sur la statistique que vous nous présentez : vous y comptez des sujets ayant eu 0 gr. 40 à 0 gr. 50 d'urée dans le sang : présentaient-ils le refus d'aliments qui est un des signes les plus caractéristiques du délire aigu à son début : les malades ne peuvent avaler, ils font effort et rejettent la nourriture ; la sonde est alors nécessaire. C'est un signe très important pour le diagnostic.

M. MARCHAND. — Le pourcentage de guérison des cas d'encéphalite psychosique azotémique obtenu par M. Hyvert est impressionnant. Je me demande si toutes les formes traitées répondent bien à cette affection qui a comme symptômes primordiaux une excitation psychomotrice violente s'accompagnant fréquemment de sitiophobie comme vient de le faire remarquer M. Guiraud, une température s'élevant rapidement, suivie parfois d'une phase hypothermique, une azotémie progressive, une dénutrition rapide par désintégration tissulaire qui doit jouer un rôle dans la pathogénie de l'azotémie. Je ne pense pas que la tachycardie soit un des symptômes les plus importants, au moins pendant la période d'état ; le pouls est surtout rapide en raison de l'agitation.

On ne doit pas confondre l'encéphalite psychosique aiguë avec un état confusionnel aigu, même si on constate une légère hyperazotémie. Il est fréquent d'observer la rétention d'urée sanguine dans de nombreuses maladies aiguës du système nerveux, en

particulier chez les mélancoliques sitiophobes et même dans la confusion mentale simple, mais le taux n'est pas progressif et n'atteint pas celui noté dans l'encéphalite psychosique aiguë.

M. HYVERT pense que son traitement agit en faisant disparaître l'œdème cérébral. Je ne crois pas que l'injection intraveineuse de un ou deux litres de sérum glucosé par 24 heures puisse faire disparaître l'œdème cérébral chez des malades généralement oliguriques. Il y a dans l'encéphalite psychosique d'autres lésions encéphaliques bien plus importantes, entre autres l'altération aiguë des cellules nerveuses.

M. BARBÉ. — Existe-t-il un parallélisme entre le taux de l'urée sanguine et la rapidité de l'amélioration ?

M. CELLIER. — La méthode de M. Hyvert est-elle appliquée à des azotémiques en dehors des cas psychiatriques ?

M. Ach. DELMAS. — Obtient-on des résultats avec le sérum non chauffé ? La diurèse est-elle proportionnelle à la quantité de sérum injecté ? On a insisté avec raison sur la gravité du délire aigu, mais il ne faut pas croire que l'on est complètement désarmé ; en particulier, les grands bains chauds prolongés de 6 à 8 heures par jour amènent une amélioration très rapide, en deux à trois jours. La température tombe le soir même, elle remonte le lendemain, puis retombe définitivement. Les malades se mettent à boire. Dans le *délirium tremens*, qui d'ailleurs se rapproche beaucoup du délire aigu, on observe des faits analogues.

M. HYVERT. — La température du sérum que nous injectons est donnée par le séjour des ampoules, pendant une dizaine de minutes, dans de l'eau à 50° ; nous l'avons quelquefois mesurée directement : elle est de 45°. Le sérum non chauffé ne se montre pas opérant : nous avons eu des décès, même après injection de deux ou trois litres de sérum non chauffé.

La diurèse est exactement en rapport avec l'injection de sérum. C'est ce parallélisme qui nous a fait émettre l'hypothèse d'une diminution de l'œdème cérébral, en raison même du caractère immédiat de l'amélioration obtenue. Par contre, il n'existe aucun rapport entre l'élévation du taux de l'urée sanguine et la rapidité de l'amélioration. Nous avons vu s'améliorer rapidement un cas comportant une azotémie de 5 gr. ; un autre, à azotémie peu importante, présente un retour offensif de l'urémie. Dans tous les

cas, le taux de l'urée diminue très vite avec le traitement. L'abaissement de la température des malades n'est pas immédiat ; on note, au contraire, une petite élévation de début ; et les vérifications de cet ordre sont très difficiles à effectuer en pratique.

En ce qui concerne le diagnostic même de délire aigu, nous n'avons justement retenu, dans cette statistique, que les cas dont l'état clinique était très grave, et l'azotémie progressivement croissante. Cliniquement, c'est justement la sitiophobie, soulignée par M. Guiraud, qui nous a amené à faire des injections de sérum glucosé. Quant au taux de l'urée, sa valeur absolue ne peut comporter de conclusion diagnostique : nous avons observé, dans le début, sur de nombreux délires aigus, 16 cas mortels n'ayant pas présenté plus de 50 cgr. d'urée dans le sang.

La séance est levée à 18 heures 15.

Les Secrétaires des séances :

Paul CARRETTE et Jean DUBLINEAU.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 6 novembre 1941

Présidence : M. VELTER, président

Endocraniose diffuse avec hyperostose frontale interne chez un homme ; troubles psychiques s'améliorant après une trépanation et récidivant après 10 ans, par MM. PETIT-DUTAILLIS, MESSIMY, Ch. RIBADEAU-DUMAS, et TORRE.

Les auteurs insistent sur l'existence d'endocranioses diffuses du crâne coïncidant avec une hyperostose frontale interne ; le crâne peut être considérablement épaissi (plus de 2 cm.), mais la forme et le volume de la tête ne sont pas modifiés dans ces cas, dont la radiographie seule permet le diagnostic.

Le malade présenté avait eu il y a dix ans des troubles psychiques à type de mélancolie anxieuse avec négativisme et catalepsie ; leur coïncidence avec des signes d'hypertension intra-crânienne fit pratiquer une trépanation exploratrice frontale droite après laquelle ces troubles rétrocédèrent assez vite ; ils se manifestent à nouveau actuellement, avec les mêmes caractères ; les auteurs discutent leur pathogénie.

M. Lhermitte rappelle que toute intervention sur les lobes frontaux d'un sujet présentant des troubles psychiques quelconques modifie presque toujours ceux-ci dans un sens ou dans l'autre.

MM. Garcin et Mollaret soulignent les particularités radiologiques de ce cas qui l'éloignent des formes typiques du syndrome de Morel.

Traitement neuro-chirurgical de l'épilepsie ; intérêt des examens électro-biologiques, par MM. PUECH et PORIN.

MM. Puech et Porin pensent que le traitement neuro-chirurgical de l'épi-

lepsie tel qu'il est pratiqué couramment à l'étranger n'a pas encore pris en France un développement suffisant. L'épilepsie essentielle n'est pas justiciable d'une intervention neuro-chirurgicale étendue mais les malades peuvent bénéficier des traitements médicaux et de l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. L'épilepsie symptomatique est justiciable de l'intervention. Les auteurs insistent sur la nécessité d'examen complets et en particulier de l'électro-encéphalographie, les tracés étant modifiés dans l'épilepsie essentielle et normaux dans l'épilepsie symptomatique.

A titre d'exemple, les auteurs présentent un malade guéri par excrèse de la zone épiléptogène décelée par stimulation électrique directe : l'excrèse n'a déterminé aucun déficit moteur.

Interruption complète du nerf radial datant de 5 ans, ténodèse et transplantation tendineuse, par M. ISELIN.

M. Iselin présente deux sujets atteints de section radiale complète et traités avec des résultats fonctionnels remarquables par l'orthopédie. Il est indispensable de combiner la ténodèse qui a pour but de mettre les articulations en bonne position avec les transplantations qui redonnent un corps contractile aux tendons paralysés ; en trois semaines, le pouce récupère sa motilité. L'auteur estime qu'en présence d'une lésion des nerfs du membre supérieur, il faut faire au niveau des nerfs l'intervention réparatrice et aussitôt l'opération orthopédique ; un ou deux ans sont nécessaires pour être certain de l'échec de la suture nerveuse et il ne paraît y avoir aucun avantage à différer si longtemps l'opération orthopédique palliative.

Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie aiguë, par M. GUILLAUME.

Dans deux cas d'hydrocéphalie latente avec accidents aigus de blocage ventriculaire et crises hypertoniques à type de déébration, le traitement chirurgical a comporté d'abord la décompression ventriculaire lente et discontinuée à l'aide d'une sonde à demeure, puis, au bout de deux jours, l'ouverture du 3^e ventricule à travers la lame sus-optique ; les résultats ont été très bons.

L'auteur pense qu'après décompression ventriculaire on peut intervenir sans risques en avant ou en arrière ; mais il est préférable de commencer par l'intervention antérieure sur la lame sus-optique ; si tous les troubles ne régressent pas, on peut intervenir secondairement et dans de meilleures conditions sur la fosse postérieure.

Les glandes neuriciques de l'encéphale, par MM. ROUSSY et MOSINGER.

MM. Roussy et Mosinger réunissent en un groupe et sous le nom de glandes neuriciques de l'encéphale une série d'organes d'origine neuro-ectodermique, tous dérivés de l'épendyme. L'étude de ces glandes montre qu'il existe une analogie frappante entre l'épiphyse et la neuro-hypophyse d'une part et les formations épendymaires et hypendymocytaires du diencéphale d'autre part (organes para-ventriculaire, para-trigonal et sous-commissural). Les cellules constitutives de ces organes présentent des fonctions sécrétoires et neuro-sensorielles et appartiennent à trois lignées cellulaires : épen-

dymocytes et ehorœocytes, hypendymocytes, physocytes, dont certains caractères structuraux communs se retrouvent dans les péricaryones neuro-végétatifs.

Les recherches histo-physiologiques démontrent aussi l'existence de corrélatiôns étroites entre ces différentes glandes qui sont toutes innervées en grande partie par le système neuro-végétatif péri-ventriculaire. L'étude histologique et phylogénétique des complexes hypothalamo-hypophysaires et épithalamo-épiphysaires, reliés par d'importantes voies nerveuses, jointe à l'étude histo-physiologique du système neuro-végétatif en général, éclaire d'un jour nouveau le problème de la transmission humorale des excitations nerveuses.

Syndrome cataplectique accompagné d'altérations paroxystiques de la personnalité, par M. J. LHERMITTE.

M. J. Lhermitte rapporte deux nouveaux cas d'un syndrome formé par l'inhibition soudaine du tonus statique et par la survenance d'un sentiment de scission de la personnalité avec hallucinations sensorielles. Ces manifestations surviennent au cours de la nuit ou précédant le réveil, durent une à deux minutes et laissent le malade troublé et parfois profondément angoissé ; cette variété de cataplexie s'associe habituellement à la narcolepsie. Au point de vue pathogénique l'auteur pense que les phantasmes hallucinatoires et le sentiment de scission de la personnalité que l'on peut observer dans le rêve physiologique ne sont que les fragments détachés de l'activité onirique qui peut s'exercer librement, tandis que le corps est immobilisé et plongé dans un état que l'on peut considérer comme le sommeil corporel.

Radiodiagnostic de la sciatique, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et WELTI.

Les auteurs injectent 10 cm³ de lipiodol fluide pour remplir le cul-de-sac jusqu'au disque L 4 et L 5 et ne font la radiographie de face et de trois quarts qu'après quelques jours pour que le lipiodol ait eu le temps de pénétrer dans les gaines. L'encoche classique peut manquer lorsque la hernie discale est trop latérale ; par contre, la hernie empêche toujours le lipiodol de pénétrer dans la gaine de la racine comprimée. Celle-ci n'est pas celle qui sort par le trou de conjugaison correspondant, mais celle qui s'échappe par le trou sous-jacent ; la compression s'exerce dans le canal lui-même et non au niveau du trou de conjugaison.

Cette méthode employée dans 25 cas de sciatique, n'offrant pour la plupart pas de particularités nettes, a montré une hernie discale dans 12 cas dont 7 ont été vérifiés opératoirement. La sciatique radicaire peut avoir pour substratum L 5 ou S 1 ; à chaque cas correspond une topographie spéciale des douleurs. La diminution ou l'abolition du réflexe achilléen implique l'atteinte de S 1.

Séance du 4 décembre 1941

Présidence : M. E. VELTER, président

Tumeur de la corne d'Ammon avec hyposmie persistant 3 ans après l'intervention, par MM. PETIT-DUTAILLIS et MESSIMY.

MM. Petit-Dutailis et Messimy rapportent l'observation d'une femme présentant un syndrome d'hypertension intra-crânienne et une anosmie gauche, chez qui la ventriculographie avait fait conclure à une tumeur occipitale gauche. Après ablation du lobe occipital, on découvrit une tumeur de la partie antéro-interne du ventricule latéral correspondant à la corne d'Ammon ; la tumeur fut enlevée partiellement et les signes d'hypertension disparurent après l'opération. Au bout de 3 ans, la malade conserve une hyposmie très nette unilatérale gauche : ce fait est un argument en faveur de la théorie classique suivant laquelle la principale représentation corticale de l'odorat serait directe.

Thérapeutique sulfamidée répétée à un mois de distance pour deux diplococcies différentes, par MM. BÉHAGUE et LUTRINGER.

MM. Béhague et Lutringer rapportent l'observation d'un sujet de 20 ans mis au traitement sulfamidé au début d'une pneumonie dont la sédation brusque et complète fut obtenue après l'emploi de faibles doses. Les auteurs se demandent quels rapports existent entre une telle sensibilité et l'existence d'une urétrite gonocoque traitée moins d'un mois auparavant par une cure sulfamidée classique ; il est à noter que celle-ci n'a eu aucun effet préventif sur la pneumonie.

Sur plusieurs cas d'une affection médullaire et bulbaire accompagnée de méningite à prédominance lymphocytaire, obéissant remarquablement au traitement salicylé, par M. BÉHAGUE.

M. Béhague a observé une série de cas d'une méningo-bulbo-neurite non décrite et caractérisée par des paralysies bulbaires nucléaires, rétrocédant dans l'ordre suivant lequel elles ont apparu, par des paralysies distales, sélectives, asymétriques, ascendantes des membres, survenant avec ou après les paralysies crâniennes. Les réflexes tendineux sont abolis. Le signe de Babinski manque toujours. La sensibilité est normale. Il n'y a pas de signe de Kernig, mais le cou est un peu raide. Le liquide céphalo-rachidien présente une très forte lymphocytose pure ou prédominante avec hyperalbuminose. La température ne dépasse pas 38° et dans la moitié des cas il y a de l'hypothermie.

Quatorze cas non traités ont donné 11 morts ; les cas traités par le salicylate de soude intraveineux ont guéri complètement, la lymphoeytose rachidienne et l'abolition des réflexes persistant longtemps.

Traitement du « delirium tremens » par les injections intraveineuses de sulfate de magnésie en solution hypertonique, par MM. DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE.

Les auteurs, se basant sur l'existence dans le *delirium tremens* d'un certain nombre de signes de dérèglement di-encéphalique analogues à ceux des formes graves de l'œdème cérébral, ont examiné le fond d'œil des malades en crise et trouvé dans 40 pour 100 des cas un flou papillaire plus ou moins net.

Ils ont alors eu l'idée de traiter le *delirium tremens* par des injections intraveineuses de sulfate de magnésie (10 cm³ de solution à 15 pour 100 matin et soir) : 45 malades ont été traités ainsi avec 86,6 pour 100 de guérisons, alors que le chiffre moyen des succès obtenus depuis dix ans à la Clinique de Bordeaux n'est que de 63 pour 100. Le premier effet est la sédation très nette des signes d'excitation ; la guérison a été obtenue dans un délai de 2 à 10 jours.

M. Decourt se demande si l'action sédative de l'ion magnésium n'est pas aussi utile que l'action hypotensive du sulfate de magnésie hypertonique.

Les indications opératoires dans l'hémorragie cérébrale non traumatique, par MM. DAVID et H. HECAEN.

MM. M. David et H. Hecaen estiment qu'une faible proportion seulement des cas d'hémorragie cérébrale des hypertendus est justiciable de l'intervention chirurgicale. Cette intervention est contre-indiquée dans la grande hémorragie classique et les hémorragies secondaires de l'encéphalo-malacie et chez tous les sujets qui restent dans le coma. Elle est pleine de risques chez les sujets de plus de 50 ans ou dont la tension est supérieure à 23. Il faut la réserver aux cas d'évolution plus progressive, où après un début brutal il y a une rémission passagère puis une reprise des symptômes avec apparition d'hypertension intra-crânienne et de stase papillaire. Il ne faut pas opérer trop tôt, par crainte d'une reprise de l'hémorragie et par suite de la fréquence des régressions spontanées ; on peut opérer vers le 10^e jour, mais si possible il vaut mieux attendre le 15^e jour. La ventriculographie et l'encéphalographie sont contre-indiquées, au moins au début. L'examen du fond d'œil est très important.

L'évacuation du caillot par aspiration après volet économique et incision limitée du cortex est le traitement de choix. Le pronostic immédiat est assez bon lorsque l'indication opératoire est correcte ; il est dans l'ensemble plus favorable chez les sujets jeunes, non hypertendus, sans passé cardio-vasculaire, ayant une lésion artérielle cérébrale localisée, que chez les hypertendus artériels.

M. Lhermitte est d'avis de n'opérer que les hématomes cérébraux d'évolution progressive avec stase papillaire ; l'hémianopsie est un signe favorable, car les hémorragies qui fusent en arrière semblent les cas les plus favorables.

M. Guillaume ne croit pas que le coma soit une contre-indication et pense qu'on peut intervenir même lorsqu'il n'y a pas de stase.

Anastomose hypoglosso-faciale pour section du facial,
par M. G. BOURGUIGNON.

M. G. Bourguignon avait observé en 1920 un sujet dont le facial avait été sectionné par un éclat d'obus et à qui M. Lecène avait fait une anastomose hypoglosso-faciale : le sujet pouvait contracter l'hémiface, mais seulement en même temps que la langue, il contractait ses muscles globalement, sans jeux de physionomie ; toutes les chronaxies de l'hémiface avaient pris la même valeur que celle de la langue. Ce malade a été revu seize ans plus tard ; aucune autre récupération clinique n'était notable et l'uniformisation des chronaxies subsistait.

Asthme et épilepsie, par MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et BLAMOUTIER.

MM. Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier n'ont jamais vu l'asthme et l'épilepsie alterner, mais ils ont observé 6 cas d'épilepsie au cours de crises d'asthme, le sujet terminant sa crise dyspnéique par un coma épileptique. Cela, chez des adultes et des enfants. Il est possible que l'augmentation du CO₂ alvéolaire, normale au cours de la crise d'asthme, puisse provoquer chez des spasmophiles prédisposés une crise épileptique.

M. Ivan Bertrand insiste sur l'intérêt de l'électro-encéphalographie pour détecter dans ces cas une lésion cérébrale latente.

M. Decourt compare ces faits à l'épilepsie survenant chez des cardiaques uniquement lors des phases de décompensation ; il y a probablement dans les deux cas un terrain épileptique.

Hypertrophie musculaire et dystrophie osseuse hyperplastique consécutive à une lésion du nerf sciatique et de ses racines, par MM. LHERMITTE et MOUZON.

Observation d'une femme de 67 ans présentant une grosse hypertrophie des muscles innervés par le nerf sciatique droit et en particulier du triceps sural, avec augmentation du pannicule adipeux et hypertrophie exubérante des os du pied innervés par le sciatique. L'altération du nerf s'affirme par l'abolition des réflexes achilléen et médio-plantaire, ainsi que par la topographie systématique des troubles musculaires, osseux et celluloadipeux. Le processus a débuté dans la toute première enfance et il est à penser que c'est en raison de la précocité de la lésion originelle que les modifications morphologiques présentent une extension si exceptionnelle.

Crises d'hypersomnie prolongée rythmée par les règles,
par MM. LHERMITTE et DUBOIS.

Observation d'une jeune fille de 14 ans, réglée depuis peu, qui présente à chaque période menstruelle un état de sommeil profond, d'apparence normale, réversible, mais impérieux et irrésistible, avec boulimie et polyphagie. L'examen est négatif et la selle turque normale. Le traitement par l'éphédrine pendant les périodes cataméniales a fait disparaître la tendance

au sommeil. Il semble hors de doute qu'il existe un rapport de causalité entre l'apparition et le rythme des périodes cataméniales et les crises d'hypersomnie prolongée.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse,
par MM. G. GUILLAIN, I. BERTRAND et M^{me} GODET-GUILLAIN.

Les auteurs rapportent les résultats de l'examen histologique d'un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse publié par Crouzon et Mathieu. Les lésions s'étendent au-dessous de la moelle à tout le tronc cérébral. Dans le bulbe, on note la dégénérescence des faisceaux de Gowers et de Flechsig, la pâleur du feutrage olivaire et dans la protubérance, l'éclaircissement des fibres transversales ponto-cérébelleuses. Le cervelet présente une atrophie des lamelles les plus antérieures du vermis et des hémisphères, une raréfaction irrégulière de l'album cérébelleux contrastant avec l'intégrité du feutrage péricilliaire du noyau dentelé ; les grains sont diminués. Il existe un état précriblé des noyaux gris centraux.

Myélomalacie et cancers viscéraux,
par MM. LHERMITTE et BUSSIÈRE DE ROBERT.

Chez un homme de 65 ans, MM. Lhermitte et Bussière de Robert ont observé un ramollissement lombaire qui se manifesta par une monoplégie erurale, puis une paraplégie avec troubles sphinctériens et escarres. La mort survint au bout de 17 jours ; l'autopsie montra un cancer limité et latent de l'œsophage avec métastases hépatiques. Le ramollissement est typique et il n'existe ni thrombose, ni embolie, ni métastase dans la moelle. Des faits comparables ont été publiés exceptionnellement ; aussi ne peut-on pas rejeter l'hypothèse d'un rapport pathogénique entre le néoplasme et la myélomalacie.

Séance du 8 janvier 1942

Présidence : M. E. VELTER, président

L'acropathie ulcéro-mutilante familiale, par M. A. THÉVENARD.

A propos d'un cas inédit et de deux cas qu'il a déjà publiés, M. A. Thévenard propose l'individualisation d'un syndrome familial dont il a retrouvé 26 autres exemples dans la littérature. Ce syndrome est caractérisé essentiellement par des troubles trophiques (ulcérations cutanées, maux perforants, ostéolyse, déformations des orteils et des pieds, mutilations) et des

troubles sensitifs à type global ou thermo-analgésique auxquels peut s'ajouter l'abolition des achilléens. La topographie de ces manifestations est électivement distale aux membres inférieurs constamment atteints comme aux membres supérieurs dont l'atteinte est plus rare.

Indépendant d'altérations vasculaires, ce syndrome est difficile à classer en l'absence d'examen anatomiques ; il ne s'agit ni de lépre tropho-neurotique, ni de syringomyélie familiale et rien ne prouve l'existence d'une malformation spinale avec ou sans *spina bifida*.

Amyotrophie sclérosante généralisée progressive,
par MM. HEUYER et FELD.

Présentation d'une fillette de 9 ans chez laquelle évolue, depuis l'âge de 3 ans, une sclérose généralisée progressive des muscles striés qui a touché le cou, puis les membres inférieurs, enfin les membres supérieurs et le tronc avec atteinte du diaphragme. Cette sclérose se traduit par une raideur progressive avec diminution de la force musculaire, atrophie et rétraction. L'examen neurologique est négatif. Les lésions par l'atteinte individuelle des fibres, dont certaines sont hypertrophiques et l'endo-vascularite, rappellent celles des myopathies ; toutefois, cette affection s'écarte des formes habituelles des myopathies et mérite une autre désignation.

Pour M. Lhermitte, il s'agit d'une myosite fibreuse rétractile d'emblée et non d'une myopathie dans laquelle les rétractions sont tardives ; les lésions vasculaires, dans ce cas, sont différentes de celles des myopathies.

Endocraniose diffuse avec hyperostose frontale interne ; guérison de troubles psychiques après trépanation frontale, par MM. PETIT-DUTAILLIS, MESSIMY, Ch. RIBADEAU-DUMAS et XAMBEU.

Observation d'un homme atteint d'endocraniose diffuse avec hyperostose frontale interne qui présentait depuis plus de trois mois un état de mélancolie anxieuse avec catalepsie, négativisme et mutisme. Après une trépanation frontale gauche, le malade eut pendant trois semaines un état hypomaniaque avec incontinence sphinctérienne, puis son état physique redevenit normal. Dix ans auparavant, une trépanation droite avait eu les mêmes résultats surprenants, qui s'expliquent par la libération du cerveau préfrontal mécaniquement gêné par l'endocraniose.

Les mécanismes multiples de la douleur dans les hernies discales ; importance de la sensibilité douloureuse du disque hernié, par MM. CARROR et M. DAVID.

Les auteurs estiment que la pathogénie des douleurs dans les hernies discales est complexe : les poussées évolutives, la guérison clinique parfois définitive cadrent mal avec une conception purement mécanique. Il semble que le tableau clinique soit produit par un mélange capricieux de lésions d'ordre congestif ou inflammatoire associées à un élément mécanique d'importance variable qui peut être prépondérant ou même unique. Chez des sujets ayant des hernies minimes dont le volume réduit n'avait pratiquement pas modifié le calibre du canal rachidien, les auteurs ont

constaté que le disque hernié était électivement douloureux et que la pression, à son niveau, reproduisait une douleur comparable aux paroxysmes spontanés. Cette douleur propre du disque est à retenir, en particulier comme facteur de ces algies, dans lesquelles la hernie ne provoque pas de compression et pour lesquelles on serait *a priori* tenté de parler de coïncidence, en tenant compte du nombre important de saillies discales sans traduction clinique.

La forme polio-pyramidale de la paralysie infantile, par M. J. A. BARRÉ.

M. J.-A. Barré décrit une forme polio-pyramidale de la paralysie infantile se différenciant de la forme classique par la participation du faisceau pyramidal. Elle est globale ou parcellaire et se traduit par une amyotrophie minime. Les réactions électriques sont troublées à un degré variable, mais identique pour les divers segments du membre. Les réflexes tendineux reparaissent après plusieurs mois. La motilité volontaire reparaît souvent précocement, d'abord faible, puis s'améliore lentement jusqu'à une guérison habituellement complète, ce qui est exceptionnel dans la forme classique. La participation pyramidale est du type déficitaire (manœuvre de la jambe longtemps positive, même quand le malade peut marcher) sans signes irritatifs ; cette participation explique que certains muscles avec réaction de dégénérescence prononcée puissent se contracter volontairement, alors que d'autres dont les réactions sont à peine modifiées restent inertes.

La forme polio-pyramidale, parfois associée à la forme banale, est assez fréquente ; en ne la méconnaissant pas, on peut porter précocement un pronostic favorable malgré l'étendue de la paralysie.

M. Lhermitte rappelle que, dans la poliomyélite, le faisceau pyramidal peut être touché en beaucoup de points de son long trajet.

M. Tournay montre les difficultés, en présence de séquelles de poliomyélite, de déterminer quels sont les systèmes qui ont été lésés.

M. Alquier insiste sur l'importance des troubles neuro-végétatifs.

M. Bourguignon note que l'on trouve parfois dans la poliomyélite des chronaxies de type pyramidal. D'autre part, le signe de Babinski est toujours légitime dans cette maladie et il n'y existe pas de pseudo-signe d'ordre périphérique.

M. André-Thomas remarque que les troubles vaso-moteurs sont fréquents dans la poliomyélite mais qu'ils sont peut-être consécutifs à l'inertie du muscle sous-jacent.

Le foyer épileptogène et son exérèse dans l'épilepsie,
par MM. LHERMITTE, GUILLAUME et J. de AJCURIAGUERRA.

Observation d'une épileptique de 23 ans dont les crises étaient précédées d'une aura brachiale. Les médications ayant échoué, on excisa deux foyers corticaux suspects au niveau de la 2^e pariétale : un des foyers présentait une cicatrice névroglie très spéciale avec arrêt de développement de certains segments des circonvolutions. Les foyers épileptogènes apparaissent comme des formations très spéciales qui s'expliquent par la précoce de l'agression morbide sur l'encéphale. Chez la malade présentée, l'exérèse du foyer a fait immédiatement rétrocéder les crises.

M. Guillaïn doute que l'on puisse déterminer par l'aspect histologique si une cicatrice est ou non épileptogène.

M. Barré a rapporté un cas où l'excérèse a donné un résultat complet et durable ; mais un tel succès est exceptionnel.

M. Baudouin estime que le type de la cicatrice a moins d'importance que ce que l'on désigne sous le terme vague de prédisposition aux crises.

Hydrocéphalie de l'adulte à forme paraplégique et à poussées successives, par MM. LHERMITTE et MOUZON.

Observation d'une femme de 65 ans ayant présenté depuis l'âge de 28 ans plusieurs crises de paraplégie avec amaurose transitoire cédant au traitement spécifique.

L'autopsie montra la dilatation de tous les ventricules, l'épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde au niveau de la grande citerne et l'oblitération des trous de Magendie et de Luschka. Il y a donc une modalité d'hydrocéphalie de l'adulte qui se caractérise par des signes rémittents parmi lesquels la paraplégie prédomine. Elle s'explique par la poussée vers le haut de l'hydrocéphalie et l'atrophie mécanique des fibres de projection des lobules paracentraux.

Tumeur du ventricule avec instabilité thermique, puis hyperthermie prolongée ; disparition de l'hyperthermie après ablation de la tumeur, par MM. GARCIN et GUILLAUME.

Observation d'un enfant de 15 ans présentant une instabilité thermique qui fit penser d'abord à une bacillose ; l'apparition de crises comitiales fit conclure à une tumeur cérébrale au bout de dix-huit mois ; mais une première intervention fut négative ; une température élevée et irrégulière persista. Une nouvelle intervention après ventriculographie permit d'enlever un épendymome du ventricule latéral situé au-dessous de la couche optique ; la température revint aussitôt à la normale. Malgré cette longue hyperthermie, l'état général restait excellent ; le pouls était en rapport avec la température ou au-dessus d'elle.

De tels faits sont exceptionnels ; ils sont à verser au dossier des hyperthermies d'origine centrale dont les auteurs rappellent les bases physiopathologiques.

L. R.

Société de Médecine mentale de Belgique et Société belge de Neurologie

Séance commune du 25 octobre 1941

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

Cette séance a été précédée d'une *manifestation en l'honneur de M. MATIVA, Directeur général au Ministère de la Justice*, admis à la retraite.

Dans une allocution chaleureuse, M. le Président a rappelé l'activité inlassable et le dévouement dont M. Mativa a toujours fait preuve dans l'organisation et le perfectionnement des établissements pour malades mentaux, ainsi que les éminents services qu'il a rendus aux médecins d'asile.

M. Mativa a répondu en termes émus, en rendant hommage à ses prédécesseurs, au Comité Central d'Inspection et à tous ceux qui l'ont aidé dans l'accomplissement de sa tâche.

Paralysies multiples unilatérales des nerfs craniens, d'origine^zzostérienne, par M. VAN DEN HOEDEN.

Relation du cas d'un homme de 60 ans qui, à la suite d'un épisode fébrile avec hoquet, dysphagie, raucité de la voix, névralgies violentes dans la moitié droite de la face et du cou, vit s'installer une paralysie faciale droite de type périphérique, avec paralysie vélo-palatine et pharyngée et paralysie du sterno-cléido-mastoidien droit. Il y avait hyperalbuminose et hyperlymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Ultérieurement apparurent des vésicules zostériennes typiques sur la fesse gauche, qui évoluèrent sans aucune douleur. L'auteur rappelle les travaux de Guillain sur la méningite zostérienne et discute la pathogénie du cas, qui présente une dissociation remarquable entre les lésions nerveuses et cutanées.

Cataplexie et sulfamidothérapie, par M. A. LEROY.

L'auteur signale avoir obtenu de bons résultats par la sulfamidothérapie chez un enfant de 3 ans 1/2 qui présentait des crises nerveuses qu'il croit pouvoir rattacher à la cataplexie. Le traitement provoquerait d'abord une augmentation de la nervosité puis une sédation.

Un cas de maladie de Gilles de la Tourette (maladie des tics)
avec autopsie, par MM. DE WULF et L. VAN BOGAERT.

Après avoir rappelé le cas princeps de Gilles de la Tourette et les discussions relatives à l'origine encéphalitique ou psychogène de la maladie des tics, les auteurs présentent le *film* d'un homme de 30 ans, sans antécédents héréditaires, atteint de cette affection depuis 12 ans, et qui malgré l'absence de troubles mentaux proprement dits, avait dû être interné en raison de son irritabilité et de son inadaptabilité sociale.

La maladie des tics s'était déclarée deux ans après une atteinte de tuberculose osseuse, et était caractérisée par une combinaison de trois types d'hyperkinésies : grandes décharges en éclair, myoclonies asynchrones, arythmiques, asynergiques et mouvements choréiformes. Il poussait des cris gutturaux, mais ne présentait ni coprolalie ni écholalie. Au point de vue neurologique, il y avait abolition des réflexes cutanés abdominaux droits et hémispasme facial droit. Le malade mourut subitement, dans son bain, et l'examen minutieux de l'encéphale ne révéla aucune lésion digne d'être retenue. Le système extra-pyramidal en particulier était intact.

Cette observation est donc en faveur de l'origine psychogène de la maladie.

Torticolis clonique familial, par M. L. VAN BOGAERT.

L'auteur présente l'arbre généalogique d'une famille dont plusieurs membres ont été atteints de troubles dystoniques et de tremblements, ainsi qu'un *film* concernant une des malades observées, dont l'histoire anatomo-clinique est relatée en détail. Il s'agit d'une femme qui, dès l'enfance, présentait un tremblement de la tête analogue à celui qu'avait manifesté sa mère. Des troubles cérébelleux survinrent ensuite, ainsi que des troubles trophiques des extrémités, puis des troubles du tonus avec signe de la roue dentée et des mouvements de torsion du cou. La malade fit également des épisodes mentaux confusionnels et hallucinatoires.

La sœur de la malade, dont l'autopsie n'a pu être pratiquée, fit un torticolis analogue avec tremblements, mais sans manifestations mentales.

D'autres cas démontrent qu'il existe un rapport certain entre le torticolis spasmodique et la chorée de Huntington.

L'examen anatomique révéla chez la première malade l'existence de deux processus distincts : une polioencéphalite chronique de Wernicke (ce qui explique le tableau clinique au point de vue mental) et une abiotrophie du pallidum et du corps de Luys. Il est permis de supposer que la participation pallidale serait responsable du torticolis et du tremblement, la participation luisienne des mouvements de torsion, et la participation putaminale des mouvements choréiques.

J. LEY.

Séance du 29 novembre 1941

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

En ouvrant la séance, M. le Président donne la parole à MM. MOREAU et J. TITECA qui présentent une motion invitant les pouvoirs publics à réglementer la vente de la *dolantine*.

Ce médicament analgésique, qui jusqu'à présent s'achète librement, donne lieu à des accidents toxiques et à des phénomènes d'accoutumance analogues à ceux des opiacés. De nombreux cas de « *dolantinomanie* » ont été constatés et il est urgent de ranger ce produit parmi ceux qui ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale.

Contribution à l'étude de l'épiphyse. 1^{re} note : quelques points histologiques, par M. R. DELCOURT.

L'auteur a entrepris des recherches destinées à préciser les fonctions de l'épiphyse. Dans cette note préliminaire, il montre que les vésicules nucléaires décrites par certains auteurs dans les cellules de cet organe ne se retrouvent pas chez l'animal. D'autre part, elles apparaissent en nombre très variable quels que soient l'âge et le sexe du malade, et quelle que soit l'affection à laquelle il a succombé. Il semble qu'elles soient surtout nombreuses dans les affections à fin brutale, et elles pourraient n'être que l'expression de la fragilité des noyaux de l'épiphyse, plutôt que l'indice d'une fonction sécrétoire. Les tests employés jusqu'à présent pour décrire l'activité sécrétoire de l'épiphyse sont insuffisants. La question devra être étudiée par d'autres méthodes.

Note anatomo-expérimentale sur le fornix et la corne d'Ammon, et leurs relations avec diverses structures encéphaliques, notamment l'épiphyse, par M. A. GEREBTZOFF.

Par des expériences sur des cobayes et des lapins, l'auteur montre que la méthode de Marchi permet de mettre en évidence des fibres dégénérées issues de la corne d'Ammon et qui s'engagent dans la colonne horizontale du fornix ; certaines de ces fibres se dirigent vers l'arrière pour se distribuer dans la corne d'Ammon elle-même ; d'autres se dirigent vers l'avant et pénètrent dans diverses formations : il y a des fibres ammonico-septales, ammonico-mamillaires, ammonico-tegmentaires, ammonico-hypothalamiques, ammonico-épiphyssaires et ammonico-épithalamiques. Ces dernières sont très peu nombreuses, le principal contingent étant septo-épithalamique.

Les fibres qui se terminent dans l'épiphyse ne dégénèrent pas par lésion de la cloison transparente. Seules des lésions de la corne d'Ammon provo-

quent cette dégénérescence. L'épiphyse conserve donc des relations afférentes avec le système olfactif.

Complément à une communication précédente sur un cas de ramollissement hémorragique pré-frontal : anévrysme d'une branche de l'artère cérébrale antérieure, par M. KLEYNTJENS.

L'auteur a rapporté récemment à la même tribune un cas de ramollissement du territoire de l'artère cérébrale antérieure avec hémorragie terminale. L'étude histologique de la pièce a permis de mettre en évidence un énorme anévrysme qui expliqua la succession des symptômes cliniques : sommeil, élévation thermique, aréflexie, troubles mentaux, qui ont précédé les signes de ramollissement. Celui-ci a été déterminé par la compression des vaisseaux, et l'hémorragie n'a pas été secondaire au ramollissement mais à la rupture de l'anévrysme.

Un cas de pellagre avec troubles mentaux prédominants et sans lésions cutanées, par MM. L. ECTORS et J. TITECA.

Relation du cas d'un homme de 50 ans, dont l'alimentation était restée sensiblement normale malgré les restrictions actuelles, et qui présentait, après quelques troubles digestifs, des phénomènes mentaux bizarres, atypiques, caractérisés par un syndrome dépressif avec épisodes confusionnels accompagnés de fabulation, hallucinations uniquement visuelles, légère ataxie et légère hyperthermie. Il n'existait aucune lésion cutanée, mais une coloration brune des téguments.

Après en avoir imposé pour une tumeur cérébrale, pour un syndrome anémique ou addisonien, pour une intoxication, cette symptomatologie fut attribuée à des phénomènes de carence, en raison de la coloration rouge foncée de la langue et des muqueuses buccales, avec forte sialorrhée.

L'épreuve thérapeutique confirma ce diagnostic : tous les symptômes disparurent très rapidement par l'administration de quelques comprimés de vitamine P.P. et le malade est actuellement complètement guéri. Comme le régime alimentaire de ce sujet était resté normal, il faut supposer que la carence était due à un défaut d'assimilation de la vitamine.

Le syndrome des kystes colloïdes du 3^e ventricule, par M. L. ECTORS.

L'auteur rappelle la symptomatologie de ces tumeurs et insiste sur l'importance du syndrome d'hypertension intra-cranienne, sur l'évolution par intermittences et sur les attaques paroxystiques de céphalée, de nystagmus, d'hypotonie, d'hémiplégie, symptômes qui disparaissent ensuite complètement. Ces attaques sont souvent provoquées par une inclinaison de la tête en avant ou en arrière, et correspondent à des déplacements de la tumeur qui bloque subitement la circulation du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur communique ensuite l'observation anatomo-clinique d'un cas très caractéristique qui présentait, outre la symptomatologie classique, des troubles neuro-végétatifs importants, réalisant un véritable syndrome pseudo-hyperthyroïdien sans augmentation du métabolisme basal. L'intervention fut suivie d'un syndrome méningé aseptique qui entraîna le décès.

au 35^e jour. La présentation des ventriculographies relatives à ce cas est l'occasion d'une démonstration, illustrée de nombreux clichés, des méthodes d'exploration du 3^e ventricule.

La comparaison entre la symptomatologie de ces tumeurs et celle de certains néoplasmes localisés ailleurs (notamment une tumeur temporale avec attaques paroxystiques et un cas de cysticercose de la région) démontre que la ventriculographie est indispensable pour préciser le diagnostic.

J. LEY.

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 20 décembre 1941

Présidence : M. P. MARTIN, secrétaire

Histoire d'une acromégalie, par M. J. DAGNELIE.

Relation détaillée de l'observation anatomo-clinique complexe d'une femme dont l'affection débuta à 22 ans par des signes frustes d'acromégalie et qui fit un an après une mastoïdite avec paralysie du VI à droite. L'intervention fut suivie de l'apparition d'une papille de stase à droite, par arachnoïdite consécutive à l'affection oto-mastoïdienne. La guérison fut obtenue après trépanation décompressive. L'acromégalie continuant à évoluer, une intervention par voie nasale permit l'ablation d'un adénome éosinophile. Il y eut alors arrêt dans l'évolution des signes acromégaliques et apparition de signes du type Cushing. Le décès survint par méningite à pneumocoque. L'examen de l'hypophyse montra l'existence d'un adénome chromophile mêlé de nombreuses cellules éosinophiles, avec persistance d'une zone importante de tissu glandulaire normal.

Syndrome du trou déchiré postérieur, par MM. P. VAN GEUCHTEN et J. DAGNELIE.

Les auteurs relatent l'observation anatomo-clinique d'un cas de métastase adéno-carcinomateuse d'origine probablement prostatique ayant envahi la dure-mère au niveau de la crête du rocher. L'affection débuta par des symptômes d'irritation des IX^e et X^e paires, avec atteinte ultérieure des V^e, VII^e, VIII^e XI^e et XII^e paires. La néoplasie provoqua également une throm-

bosse de la veine jugulaire, mise en évidence cliniquement par l'épreuve de Queckenstedt. Les auteurs comparent la symptomatologie de ce cas à celle des descriptions classiques du syndrome, et soulignent la qualité des descriptions de Garcin.

Le signe d'Argyll-Robertson en dehors de la syphilis,
par M^{me} André VAN LEEUWEN.

Après avoir rappelé les discussions qui ont eu lieu au sujet de l'existence du signe d'Argyll-Robertson dans certains cas de névrite interstitielle hypertrophique, l'auteur relate l'histoire d'une famille dans laquelle cinq membres, répartis sur trois générations, présentèrent les symptômes classiques de l'affection (hypertrophie des troncs nerveux, aréflexie, amyotrophie et troubles de la sensibilité).

Chez tous ces malades existait un signe d'Argyll-Robertson en tout semblable à celui du tabes ou de la paralysie générale. Pareil exemple permet de dire que lorsqu'il existe à la fois des troubles névritiques du type Déjerine et des troubles pupillaires il ne s'agit ni d'une combinaison fortuite ni d'une association tabes plus névrite interstitielle hypertrophique, mais que cet ensemble constitue dans certaines souches le noyau même de l'affection.

Anesthésie de l'hémiface gauche avec kératite neuroparalytique sans douleur et sans cause apparente. Mêmes phénomènes à droite, 23 ans après, par MM. JACQUEMOTTE et Marcel MOREAU,

Relation du cas curieux d'un bûcheron âgé aujourd'hui de 57 ans qui, à la suite d'un effort, présenta en 1916 une cécité complète qui dura une heure. En 1918, à gauche ; en 1941 à droite, il présenta de l'anesthésie sans aucun trouble moteur, dans le domaine du trijumeau. Il y eut en outre perte des dents et troubles du goût et de l'odorat. L'étiologie reste obscure : le traumatisme, la tumeur cérébrale, la syphilis, l'exostose du crâne, l'avitaminose A ne peuvent être retenus. Des investigations montreront peut-être qu'il s'agit d'une intoxication professionnelle par le trichloréthylène ou un corps voisin, comme peut le faire supposer un cas décrit par Kalinowsky.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

DÉONTOLOGIE

La morale professionnelle du médecin, par E. RIST, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine (1 volume de 114 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1941).

Le titre de ce livre — dans lequel M. E. Rist a mis tout son talent, toute son expérience, tout son cœur — pourrait étonner. La morale professionnelle du médecin ne saurait être autre que la morale tout court. Il serait bien tard pour en prendre connaissance à la Faculté de Médecine. Aussi trouvera-t-on ici, en réalité, trois conférences dans lesquelles M. E. Rist donne, avec l'autorité qui s'attache à sa parole, des conseils déontologiques à de jeunes médecins se préparant à quitter la Faculté. S'il a donné ce titre au volume qui les réunit, c'est sans doute pour bien marquer que la base de la déontologie est la stricte observance d'une saine morale.

M. E. Rist envisage successivement les obligations du médecin à l'égard de ses malades, ses obligations envers la Société et envers l'Etat, et les liens d'ordre moral qui le font solidaire de sa profession. Commentant le récent Code de déontologie, il en montre par des exemples les multiples applications, met en lumière des points restés dans l'ombre, qu'il dégage de la sécheresse des textes, et avertit les jeunes médecins des pièges qui pourraient être tendus à leur inexpérience, à leur confiance, à leur bonne foi.

M. E. Rist prévient de ne point chercher dans ces leçons un exposé doctrinal sans lacunes. Il ne fait, par exemple, que poser en passant le « grave et difficile problème » du choix d'une « élite ». Au soir d'une carrière digne du respect de tous, il apporte simplement le fruit de ses réflexions. Ces exposés empruntent aux circonstances dans lesquelles ils furent faits un ton de tristesse dont on ne sera pas surpris. Pourtant, l'auteur peut être assuré que nombreux sont les médecins français auxquels le Code de déontologie, dans ses dispositions essentielles et traditionnelles, n'a pas apporté une règle de conduite nouvelle.

René CHARPENTIER,

PSYCHIATRIE

Martin Luther, son milieu, son caractère et sa psychose (Martin Luther, Umwelt, Charakter und Psychose), par Paul J. REITER. Tome II : la personnalité, la vie mentale et les maladies de Luther. 1 vol. in-8°, 633 pages, Ejnar Munksgaard, éditeur, Copenhague, 1941).

Le présent volume constitue le second tome de l'ouvrage remarquablement documenté que consacre au grand Réformateur allemand le psychiatre danois P.-J. Reiter. Le premier volume dépeignait l'ambiance historique, politique et religieuse dans laquelle Luther avait évolué. Avec le tome II, on aborde l'Homme lui-même, sa personnalité, sa vie mentale et sa pathologie.

Les maladies du « Frère Martin » avaient déjà frappé ses contemporains : certains disciples en ont laissé le récit, et ses adversaires en attribuaient les symptômes à la possession démoniaque. Le premier travail médical consacré à la santé, aux maladies et à la mort de Luther est sans doute la thèse inaugurale que soutint Albertus Garman en 1750, à Magdebourg. Depuis lors, de nombreux auteurs, tant médecins que théologiens, ont abordé la question, soit avec impartialité, soit dans un but polémique.

Paul-J. Reiter présente une étude extrêmement minutieuse, sans cesse appuyée sur les textes, et étale ses interprétations sur les acquisitions les plus récentes de la psychiatrie et de la biotypologie. Luther, gros mangeur et gros buveur, présentait, pour employer un vocable désuet, tous les stigmates de la diathèse arthritique : manifestations catarrhales, migraines, accès de goutte, graves accidents de lithiase urinaire, hémorroïdes, etc... ; avec l'âge il devint obèse. Sa vieillesse fut précoce, il mourut d'angine de poitrine à 63 ans, en 1546.

Luther était de morphologie pyknique, de type mental syntone, avec cependant quelques traits schizothymiques. Il souffrit à plusieurs reprises d'accès dépressifs, tantôt longs et subaigus, tantôt aigus et violents, qui évoluèrent que rarement vers des phases de tonalité maniaque et qui se continuaient parfois, sans transition sensible avec les périodes de santé psychique. Le fond dépressif, et même anxieux, de son humeur, alternait avec les tendances sthéniques qui soutenaient une activité alors considérable. Il se montrait ardent à la discussion, incisif, d'une ironie mordante allant jusqu'à la grossièreté. Signalons à ce propos, dans l'iconographie du volume, les reproductions de cinq des invraisemblables gravures satiriques dûes à Cranach le Jeune, qu'accompagnent des vers de Luther : une propagande religieuse de ce genre ne laisse certes pas que de surprendre.

Faut-il mettre tout cela sur le compte de la psychose maniaque dépressive ? Jamais la pensée de Luther ne fut brisée dans sa continuité par la maladie ; jamais les traits morbides, Reiter le reconnaît lui-même, n'ont cessé d'être psychologiquement intelligibles : jamais Luther ne fut donc, à tout prendre, un aliéné au sens propre du mot.

La maladie, certes, a retenti sur tous les domaines de sa vie mentale. Mais pouvons-nous suivre l'auteur, lorsqu'il admet que « la psychose a été l'élément essentiel de la constellation externe et interne qui a fait de Luther le fondateur et le grand guide de la Réforme » ? Pouvons-nous le suivre encore lorsqu'il se demande si, sans la psychose, Luther aurait été

un génie ? Cette dernière phrase d'un livre si riche en documents objectifs et par ailleurs prudent dans ses interprétations, pose une question d'ordre général dont il n'est pas possible d'envisager les données dans le simple cadre d'une analyse.

J. VIÉ.

Epilepsies et psychoses discordantes. Contribution à l'étude clinique et nosographique de quelques syndromes complexes. Leur intérêt méthodologique, par Sven FOLLIN, ancien externe des hôpitaux de Paris, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, licencié ès-lettres (1 vol. broché in-8°, 220 pages. *Thèse*, L. Arnette éd. Paris 1941).

L'auteur s'élève contre l'antagonisme théorique qu'on a voulu établir entre l'épilepsie et la schizophrénie, théorie sur laquelle a été basée la thérapeutique convulsivante de celle-ci, le déclenchement de crises épileptiques chez un schizophrène devant entraîner, d'après von Meduna, des modifications chimiques, humores, hématalogiques, créant un obstacle insurmontable au développement de son affection, c'est-à-dire d'une psychose discordante.

En fait, tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'existence de manifestations convulsives épileptiformes chez des déments précoces, mais ne s'accordent pas sur l'interprétation de cette association. S'agit-il de démence épileptique à forme discordante ou d'une psychose discordante avec accès épileptiformes ? Y a-t-il coexistence de deux affections distinctes ou celles-ci, l'épilepsie et la démence précoce, relèvent-elles des mêmes facteurs, des mêmes lésions cérébrales ?

Dans ces cas, fort disparates, d'association ou de combinaison entre des manifestations convulsives et un syndrome discordant, l'on doit distinguer trois ordres de faits, probablement différents dans leur pathogénie : les psychoses discordantes compliquées à un moment quelconque de leur évolution de crises convulsives épileptiques ; les psychoses discordantes survenant au cours d'une épilepsie avérée et plus ou moins anciennes (les deux affections peuvent évoluer simultanément ou successivement et avec alternance) ; les syndromes discordants apparaissant passagèrement chez des épileptiques.

M. Follin fait suivre cette étude clinique d'une étude théorique basée sur la conception d'une « structure fonctionnelle » dont l'épilepsie classique serait une forme évolutive et d'une « structure organisée » dont les psychoses schizophréniques classiques constitueraient un « niveau de dissolution » particulier.

R. DUPOUY.

Contribution à l'étude du test psychologique de Rorschach, par Pierre PICARD (1 br. in-8°, 118 pages, Bosc frères, M. et L. Rion, édit., Lyon, *Thèse* 1941).

Ce travail a pour but de préciser certains points de la méthode de Rorschach d'interprétation de taches dues au hasard comme moyen d'étude psychologique et de diagnostic psychiatrique. A l'aide de 6 observations personnelles, l'auteur s'applique à mettre en relief différentes façons d'envisager ces épreuves. Il conclut à la grande utilité du test de Rorschach qui permet des études analytiques et originales aussi bien dans le domaine pathologique que dans le domaine caractérologique et peut servir à mettre en évidence des signes primordiaux difficilement décelables autrement.

R. C.

NEUROLOGIE

Les complications nerveuses de la coqueluche, par A. H. TERASSIER (*Thèse Marseille, 1939, 1 brochure in-8°, 31 pages, Imp. du Petit Marseillais, Marseille*).

A l'occasion de deux observations détaillées, revue générale des aspects des déterminations nerveuses consécutives à la coqueluche, assez rares, mais peut-être plus fréquentes depuis quelque temps. L'auteur admet l'origine toxique de ces complications, expérimentalement prouvée en particulier par Fonteyne et Dagnélie. Le pronostic, tant immédiat qu'éloigné, est sombre.

J. ALLIEZ.

Sur deux cas de méningo-encéphalite infectieuse fulminante à forme hémorragique, par R. LACOSTE (*Thèse Marseille, 1939, 1 brochure in-8°, 23 pages, Imp. du Petit Marseillais, Marseille*).

Certaines névrites ont une évolution foudroyante et s'accompagnent d'hémorragies arachnoïdiennes. L'auteur discute la parenté de tels cas avec l'encéphalite épidémique sans conclure nettement.

J. ALLIEZ.

Le rôle du facteur traumatisme obstétrical dans l'étiologie des encéphalopathies chroniques de l'enfance, par M. J.-M. RANQUE (*Thèse Marseille, 1939, 1 brochure in-8°, 59 pages, Imp. du Petit Marseillais, Marseille*).

Les lésions cérébro-méningées se rencontrent dans les accouchements difficiles et longs plus que dans les opérations obstétricales proprement dites. Mais le traumatisme obstétrical, lorsqu'il est pur, ne crée qu'assez rarement des encéphalopathies chroniques. Un facteur associé doit intervenir : la syphilis héréditaire constitue la tare la plus fréquemment rencontrée ; la prématurité intervient, mais au second plan.

J. ALLIEZ.

Encéphalites pseudo-tumorales, par J. N. BONDIL (*Thèse Marseille 1939, 1 brochure in-8°, 60 pages, Imp. Nouvelle, Draguignan*).

Les syndromes d'hypertension crânienne observés en clinique, ne sont pas tous d'origine néoplasique. Ils peuvent ressortir à un groupe d'affections d'étiologie diverse qui constituent les encéphalites pseudo-tumorales. Leur aspect clinique en a été précisé par H. Roger et ses élèves, dans deux mémoires, dont ce travail est un développement. Le diagnostic est affirmé par la sémiologie diffuse ou en foyer, de type hypertensif, et l'œdème papillaire associé à une diminution de l'acuité visuelle et à une modification anormale du champ visuel, sans hypertension artérielle rétinienne. Il l'est surtout par la ventriculographie. Celle-ci donne des images de petits ventricules en position normale ou déplacés en totalité ; elle a aussi une efficacité thérapeutique indéniable. On ne recourra à la craniotomie qu'en cas d'échec de l'insufflation gazeuse.

J. ALLIEZ.

L'aréflexie tendineuse des membres inférieurs au cours des tumeurs, cérébrales, par G. PRADOURA (1 brochure in-8°, 31 pages. Imp. du Petit Marseillais, Thèse, Marseille, 1940).

L'aréflexie tendineuse des membres inférieurs a été observée 15 fois sur 146 cas de tumeurs cérébrales (10 fois au cours de tumeurs primitives, 5 fois au cours de tumeurs métastatiques). Cette aréflexie atteint plus volontiers les réflexes rotuliens que les achilléens. Sa constatation pose un problème diagnostique difficile à résoudre, des cas d'association de syphilis et de tumeur ayant été constatés. La pathogénie reste discutée. L'auteur admet que des causes variables interviennent : lésion cordonale imputable à la tumeur, soit directement soit par intoxication néoplasique ou hypertension intra-crânienne. L'existence de l'aréflexie tendineuse au cours des tumeurs cérébrales a toujours une signification pronostique grave.

J. ALLIEZ.

Le syndrome d'Adie, par LE FLOCH (1 brochure in-8°, 51 pages. Imprimerie Leconte, Thèse Marseille, 1940).

L'association de la pupille « tonique » à une aréflexie tendineuse isolée plus ou moins étendue et à des troubles vago-sympathiques, constitue le syndrome d'Adie. L'auteur expose les notions actuellement acquises sur cette curieuse association et insiste judicieusement sur l'intérêt qu'il y a à ne pas en élargir les limites. Le tabès constitue le diagnostic différentiel le plus important. La pathogénie du syndrome est encore complètement inconnue et bien des points restent encore obscurs dans l'interprétation qu'on en peut donner.

J. ALLIEZ.

Contribution à l'étude du tabès chez le vieillard, par L. GOIRAN (Thèse Marseille, 1939, 1 brochure in-8°, 35 pages. Imp. Ged, Marseille).

Dans un tiers des cas, il s'agit de tabes frustes. Le tableau clinique est, dans l'ensemble, plus discret que chez l'adulte, l'évolution lente. Le tabès n'a guère par lui-même d'action sur le raccourcissement de la vie.

J. ALLIEZ.

Contribution à l'étude des complications des traumatismes de la moelle, par C. LACROIX (Thèse Marseille, 1939, 1 brochure in-8°, 47 pages, Imp. du Petit Marseillais, Marseille).

Travail consacré surtout au traitement des escarres, dont la pathogénie n'est pas uniquement nerveuse, mais où interviennent comme causes déterminantes la compression et la macération. La prophylaxie doit tendre à éviter que ces facteurs n'agissent. Si les escarres apparaissent, la thérapeutique par la vitamine A serait particulièrement indiquée.

J. ALLIEZ.

Contribution à l'étude de l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire par J. GLAICHENHAUS (*Thèse Marseille, 1939, 1 brochure in-8°, 81 pages, Imp. Ged., Marseille.*).

Exposé de la technique et des résultats obtenus par l'injection d'air par voie lombaire tant au point de vue diagnostique que thérapeutique, et étude critique par rapport à la ventriculographie, basée sur 70 observations provenant des services de neurologie de Nice et de Marseille. Une technique rigoureuse permet d'éviter les inconvénients qui ont fait considérer l'encéphalographie par voie lombaire comme dangereuse. Ses contre-indications, parmi lesquelles il faut signaler surtout les néoformations et les blocages de la fosse cérébrale postérieure, doivent être respectées. Dans ces conditions, il s'agit d'une méthode utile et simple qui, à côté de son intérêt diagnostique, peut être efficace dans le traitement de l'épilepsie, de séquelles de traumatismes crâniens, d'arachnoïdites de la convexité ou de la base.

J. ALLEZ.

BIOLOGIE

Modifications de la teneur en lipides du sérum chez les malades atteints de psychose maniaque dépressive (*Changes in the lipid contents of serum in patients with manic-depressive psychosis*), par Gudrun BRUN (1 vol. in-8°, 267 pages, *Acta Psychiatrica et Neurologica*, supplément XXII, Copenhague, 1940).

Des recherches sur le cholestérol sanguin effectuées par M. Brun il résulte que les maladies infectieuses, les états fébriles, les affections du foie, des reins et des glandes endocrines provoquent des modifications notables de la teneur en lipides. L'évolution de la courbe de cholestérolémie est étudiée après ingestion de quantités déterminées de cholestérol. La concentration régulièrement élevée dans la schizophrénie l'est également quoique moindre dans les états maniaque-dépressifs. Les expériences de Georgi (injection d'huile cholestérolisée) indiquent une réaction considérable dans les psychoses exogènes, tandis que la cholestérolémie reste à peu près normale dans les psychoses endogènes. D'autre part la diète s'accompagne d'une chute du cholestérol sanguin dans les états maniaque-dépressifs. Il résulte de ces travaux que les déplacements du cholestérol par rapport aux activités de la cellule intestinale témoignent d'un mécanisme régulateur de défense pour la neutralisation des effets toxiques des acides biliaires de désintégration. Troublé dans la psychose maniaque-dépressive, ce mécanisme se rétablit au cours de l'évolution. Son étude peut avoir un intérêt pronostique et, dans l'avenir, fournir une base de départ à de nouveaux essais thérapeutiques.

P. CARRETTE.

La vitamine C : sa détection par la méthode histochimique au niveau du système nerveux, par H. OLLIVIER. *Thèse Marseille, 1939 (1 brochure in-8°, 96 pages. Imprimerie du Sémaphore, Marseille).*

L'auteur a recherché, par la réaction au nitrate d'argent, la présence de la vitamine C dans les différentes régions du système nerveux du cobaye. Il

s'est adressé à des animaux d'abord normaux, puis carencés et enfin hyper-vitaminés, de telle sorte que l'examen du système nerveux a permis des études comparatives intéressantes. La technique employée permet de déceler, dans les cellules nerveuses seulement, la forme réduite de la vitamine C. Celle-ci n'est pas uniformément répartie mais se rencontre avec abondance dans certaines régions : la substance grise d'une manière générale, les noyaux gris et la région diencéphalique, le plexus solaire. La moelle épinière est, au contraire, peu riche en cette substance. L'hypophyse, seule glande étudiée à ce point de vue dans ce travail, est particulièrement riche en vitamine C.

L'intérêt de cette étude expérimentale doit être souligné à la lumière du rôle favorable de la thérapeutique par l'acide ascorbique, maintenant bien établi dans les diverses affections de type dépressif ou encéphalitique.

J. ALLIEZ.

ASSISTANCE

Le développement et l'état actuel de l'assistance aux anormaux en Suisse, par H. BERSOT (1 brochure, in-8°, 32 pages, extrait de la *Revue suisse d'hygiène*, 1942).

Il y a 100 ans que, sur l'initiative de Guggenbühl, en faveur des crétins, fut inaugurée en Suisse l'assistance aux anormaux, dont l'intéressant exposé de M. H. Bersot indique bien le remarquable développement au cours des 50 dernières années. D'abord protectrice, cette assistance devint éducative, professionnelle et tend à devenir de plus en plus psychologique et médicale en même temps que, de plus en plus sociale, elle rayonne sur tout le pays, allant dans les écoles et dans les familles dépister et secourir les anormaux, les déficients, les estropiés. On compte en Suisse plus de 9.900 œuvres diverses consacrées à cette tâche. Pour chacune des catégories d'anormaux (arriérés, enfants difficiles, aveugles, sourds, épileptiques, estropiés), on peut noter quatre étapes d'organisation : la création, d'abord, d'œuvres isolées, individuelles et locales, puis le groupement de ces œuvres en associations régionales ou cantonales, ensuite la naissance de Fédérations groupant les œuvres de quelques cantons ou certaines variétés de ces œuvres dans tout le pays, enfin la fondation de l'association « Pro Infirmis », qui centralise, organise, coordonne, subventionne et développe tous ces efforts et reliant les différentes fédérations, sert d'intermédiaire avec les Autorités cantonales et fédérales.

Sans être à proprement parler affiliées à « Pro Infirmis », d'autres organismes parmi lesquels il faut citer en premier lieu la Commission de psychiatrie infantile de la Société Suisse de Psychiatrie et le Comité National Suisse d'Hygiène Mentale, apportent à cette œuvre d'assistance et de prophylaxie une action particulièrement efficace. En terminant cette étude, où l'on trouvera de nombreuses précisions historiques et statistiques, M. H. Bersot exprime le vœu que la 5^e étape, actuelle, du développement en Suisse de l'assistance aux anormaux soit caractérisée par l'intensification de l'aide médicale, psychiatrique et psychologique et par une orientation particulièrement active des efforts vers la prophylaxie des anomalies mentales et des infirmités,

René CHARPENTIER,

La responsabilité pénale des fonctionnaires et la responsabilité civile des entités administratives, par le Dr Georges GALLAIS. (1 vol. in-8°, 102 pages. Imprimerie Saint-Paul, édit., Bar-le-Duc. *Thèse de Droit*, Paris, 1941).

Le Dr G. Gallais, médecin à Bar-le-Duc, vient de soutenir une thèse de doctorat en droit sur un sujet susceptible d'intéresser tous les fonctionnaires. Question controversée, clairement exposée par l'auteur qui prend parti avec des arguments convaincants.

« Jamais une unité administrative ne saurait être « attrait » devant les « tribunaux judiciaires pour être déclarée civilement responsable du fait de « ses agents, car les relations qui l'unissent à ces derniers ne sont pas celles « du droit commun. » Cette thèse est généralement admise ; il n'en est plus de même en ce qui consiste la responsabilité du fonctionnaire : il devrait pourtant être aussi irresponsable devant les tribunaux judiciaires qu'il l'est devant les tribunaux civils s'il n'a pas commis une *faute personnelle*. « On « sent une légère hésitation dans la jurisprudence à faire la distinction « de la faute personnelle et de la faute de service en matière répressive... « les tribunaux admettent cette distinction en matière civile et la rejettent « en matière pénale. »

« La distinction de la faute personnelle et de la faute de service doit être « faite, même dans l'hypothèse d'infraction commise par un fonctionnaire. « La logique et les principes imposent cette solution. »

J. RONDEPIERRE.

THÉRAPEUTIQUE

Contributions à l'étude du traitement des encéphalites psychosiques aiguës azotémiques, par A. JOLIN. *Thèse* Marseille, 1939-40 (1 brochure in-8°, 49 pages. Imp. Ant. Ged, Marseille).

Le traitement par la vitamine C a modifié très favorablement le pronostic des cas graves de « délire aigu » observés par l'auteur. Cette thérapeutique entraîne, avec une baisse de l'azotémie, une amélioration simultanée de l'état général et des troubles mentaux, et ne présente aucun danger. Elle mérite d'être essayée dans l'encéphalite psychosique aiguë dont l'évolution est si souvent et si inexorablement redoutable.

J. ALLIEZ.

Blessures crânio-cérébrales par projectiles, par R. THUREL, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, neuro-chirurgien de l'Hôpital américain de Paris (1 vol., in-8°, 78 pages, avec 24 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris 1941).

Cet exposé, clair et précis, fait suite au volume du même auteur sur les « traumatismes crânio-cérébraux » (1). Tout blessé du crâne doit être soumis à un examen systématique, clinique et radiologique, complété par l'exploration chirurgicale de la plaie cutanée, avant de poser les indications

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, juin-juillet 1941, pages 151-152.

opératoires générales. Après avoir indiqué les règles qui doivent guider ces examens et les conclusions à tirer des constatations, M. R. Thurel rappelle que les indications opératoires ne sont guère limitées que par l'état agissant du blessé. Il s'agit d'enlever, non seulement les esquilles osseuses, le projectile et tout ce qu'il a pu entraîner avec lui, mais surtout la substance cérébrale mortifiée ou vouée à la mortification. C'est la craniectomie temporaire, préconisée par Th. de Martel dès 1916, qui permettra, sans nouvelle perte de substance osseuse, d'explorer et de faire une intervention complète sur le foyer cérébral. La technique, exposée dans ce volume, s'applique à la presque totalité des blessures cranio-cérébrales ; M. R. Thurel indique dans quelques cas particuliers des modifications de détail. Si l'action mécanique du chirurgien reste l'action essentielle, elle doit cependant être complétée par la désinfection chimique : « sulfamidisation » de la plaie et traitement sulfamidé par ingestion ou en injection si l'état du blessé ne permet pas l'administration par la bouche. La principale complication à craindre chez les blessés non opérés à temps ou opérés incomplètement est la suppuration. En cas d'opération mal faite, suivie d'hernie cérébrale, il n'y a pas de retouche possible.

De cette étude, l'auteur conclut, en outre, que les résultats obtenus apportent de précieux enseignements pour le traitement des traumatismes cranio-cérébraux fermés. Il signale que la valeur protectrice du casque devrait être augmentée, que le port des cheveux longs constitue un danger évitable, que l'emploi des sulfamides doit être commencé dès le poste de secours et poursuivi jusqu'à la guérison complète. Enfin, en cas d'abcès du cerveau, l'abcès devant être enlevé avec sa coque, il faut laisser passer le temps nécessaire pour que cette coque ait atteint une épaisseur suffisante.

René CHARPENTIER.

L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux. Quinzième année 1940 (1 vol. de 194 pages, avec une table alphabétique des matières contenues dans les recueils annuels antérieurs, Masson et C^{ie} édit., Paris 1941).

Comme les précédents, ce quinzième volume comprend trois parties. Dans la première, consacrée aux traitements de maladies ou de symptômes, on trouvera exposés, entre autres : le traitement des accidents nerveux de l'alcoolisme chronique par le sulfate de strychnine à doses massives, selon la méthode proposée par MM. J. Decourt, P. Sivadon et J. Chaillat, le traitement des délires alcooliques aigus, par la vitamine P.P., les thérapeutiques modernes de la dépression mélancolique, le traitement de l'épilepsie par le diphenylhydantoïnate de sodium, du goitre exophtalmique par l'acétylcholine et le potassium, le traitement du saturnisme par le phosphate de soude et l'acide ascorbique, la thérapeutique de la schizophrénie par les inhalations d'azote, le traitement du syndrome de Mènière par le chlorure d'ammonium, des syndromes parkinsoniens par les alcaloïdes de la racine de belladone, l'action des infiltrations locales de novocaïne sur les séquelles subjectives des traumatismes céphaliques, le traitement du zona par le sang d'anciens zonateux.

La seconde partie est toujours réservée aux nouvelles méthodes et aux nouvelles techniques, parmi lesquelles il faut noter l'action de la cryothérapie générale ou « hibernation artificielle » sur les tumeurs malignes, la

nouvelle technique d'impaludation thérapeutique en deux temps de MM. P. Mollaret et J. Schneider, la méthode des injections intra-veineuses, lentes et continues.

Des médications nouvelles exposées dans la troisième partie, celles qui intéressent le plus les neuro-psychiatres sont celles concernant le traitement ambulatoire des troubles mentaux par de petits échoes insuliniques selon la technique de P. Polatin, H. Spotnitz et B. Wiesel (de New-York), l'utilisation des effets parasympathiques de la prostigmine dans les troubles circulatoires périphériques et les troubles de la menstruation, les développements nouveaux de la médication par les sulfamides, et de la thérapeutique par les vitamines.

Une table alphabétique des matières contenues dans les précédents volumes de 1931 à 1939 réunit fort utilement pour le praticien les indications concernant les acquisitions thérapeutiques des dix dernières années.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le journal d'un schizoïde. Réflexions sur les rapports de la psychasthénie, la schizoïdie et la schizophrénie, par H. CLAUDE, L. VIDART et Y. LONGUET (*L'Encéphale*, 1939-1940-1941, tome II, n° 2).

A propos du cas très intéressant d'un malade de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine de Paris dont les écrits révèlent une vie autistique intense et qui présentait le tableau exact de la schizoïdie tel qu'il fut exposé par le professeur H. Claude, en 1926, au Congrès de Genève, les auteurs mettent en évidence l'association à ce tableau de manifestations d'ordre psychasthénique et d'un état délirant à structure paranoïaque. Ces trois aspects différents du même malade, ces trois syndromes coexistent, s'associent et se reflètent l'un dans l'autre en un tableau compliqué où la psychasthénie et la schizoïdie semblent, depuis longtemps, depuis l'enfance, intervenir dans des proportions sensiblement égales, le malade ayant perdu à la fois la notion et la fonction du réel.

Pour ce malade, comme pour beaucoup d'autres malades mentaux, l'impossibilité d'une étroite catégorisation met bien en lumière la fragilité des cadres syndromiques classiques et l'infinie variété des formes intermédiaires. Et les auteurs concluent que, par l'association de psychasthénie à la schizoïdie, ce cas peut être considéré comme un des chaînons de la chaîne ininterrompue qui va de la psychasthénie à la schizophrénie en passant par la schizoïdie et la schizomanie.

René CHARPENTIER.

L'image de notre corps, d'après un ouvrage récent de M. Jean Lhermitte, par R. MOURGUE (*L'Encéphale*, 1939-1940-1941, tome II, n° 2).

Après avoir rendu hommage à la richesse du livre si remarquable de M. Jean Lhermitte sur l'« Image de notre corps », livre « basé sur une expérience clinique des plus vastes et des plus approfondies, sur une connaissance de la littérature mondiale peu commune », M. R. Mourgue montre l'accord qui existe entre la description des phénomènes réalisée dans ce livre, abstraction faite de toute hypothèse, et ses propres idées sur le problème de l'hallucination.

Se limitant volontairement au problème de l'hallucination des amputés, M. R. Mourgue, dont on sait les belles études sur l'hallucination, fait sur les conditions d'existence de ces hallucinations des amputés, les intéressantes remarques suivantes. Il semble, écrit-il, qu'une condition essentielle réside en la suppression de la sensibilité extéroceptive à n'importe quel niveau anatomique, suppression qui ne doit pas être massive : plus l'inhibition est étroite en étendue, plus est vivant le sentiment de la réalité. Ainsi se réalise un phénomène d'isolement accompagné d'une libération organo-végétative. Dans le phénomène de la projection, c'est la composante proprioceptive, désignée sous le terme synthétique d'attitudes motrices, qui est déterminante ; elle existe au niveau cortical sous forme d'engrammes. M. R. Mourgue souligne également la participation du labyrinthe postural et du labyrinthe organo-végétatif. La dépersonnalisation, condition nécessaire, sinon suffisante, se manifeste à divers degrés et à divers niveaux. M. R. Mourgue attire enfin l'attention sur le polymorphisme des conditions permettant la réalisation de l'hallucination (système organo-végétatif à tous les niveaux, depuis le niveau physiologique chez les amputés réalisant une hallucination d'une stabilité remarquable, jusqu'au niveau instinctivo-social, impliquant la sphère des valeurs morales).

Ce n'est pas le moindre mérite de ce livre que de susciter ainsi de féconds rapprochements.

René CHARPENTIER.

L'hallucination est-elle accessible à notre connaissance, par Ferdinand MOREL (Travail de la Clinique psychiatrique de l'Université de Genève). *L'Encéphale*, 1939-1940-1941, tome II, n° 2).

Cet article du professeur F. Morel, de Genève, traite des possibilités et des probabilités de l'acheminement des recherches sur la difficile question des hallucinations. Ce n'est pas, écrit-il, l'étude de tout ce qui, dans l'hallucination, est qualité sensorielle purement subjective qui permettra jamais de construire aucune loi, aucune théorie ni aucune classification valable. De même, M. F. Morel estime qu'hallucination et délire peuvent et doivent être isolés de façon rigoureuse. Pour les hallucinations auditives verbales le spécifiquement hallucinatoire est l'écho dont l'existence n'apparaît pas liée au caractère délirant de la pensée. Les faits essentiellement sensoriels dans les hallucinations ont des caractéristiques semblables pour tous les malades, tandis que le délire est modifié par l'acquis et les particularités de la personnalité, il est individuel et unique. Dire que l'hallucination est une projection du délire est, pour M. F. Morel, une image vide de tout sens physiologique et ne désigne aucun phénomène réel d'observation.

Restent possibles, en collaboration avec des spécialistes, l'examen méthodique de la fonction sensorielle au moment de la perturbation qu'est l'hallucination, la mesure objective de sa durée, de sa grandeur, de son étendue et de sa distribution dans le champ visuel, le degré d'intensité de la diminution concomitante de la fonction sensorielle affectée, et cela de préférence, sur des sujets dont la perturbation est aussi circonscrite que possible. L'hallucination apparaît alors à la fois dans sa complexité et dans toute sa précision.

Le phénomène des hallucinations est extraordinairement complexe. Une perturbation sur les voies sensorielles afférentes n'en explique qu'une partie. Pour certaines classes d'hallucinations, il faut faire intervenir des phénomènes moteurs et les propriocepteurs. Une méthode unique d'examen ne suffit pas. Ce fait de conscience étant inaccessible à la connaissance objective, celle-ci ne peut que s'appliquer à des processus pathologiques divers, aussi élémentaires que possible, qui, par des voies différentes selon les diverses espèces d'hallucinations, paraissent en définitive agir comme des excitations inadéquates et conditionnent cette perception sans objet par quoi l'on définit, actuellement encore, l'hallucination.

René CHARPENTIER.

Etude clinique de diverses formes d'écho de la pensée, par Charles DURAND (*Journal de psychologie normale et pathologique*, avril-juin 1940-1941, nos 4-6).

Se limitant à l'analyse clinique et rappelant l'opinion de Ségla que sous le nom d'écho de la pensée on a groupé des sentiments bien différents dans leur essence, M. Ch. Durand passe rapidement en revue la plupart des faits que l'on a étiquetés ainsi, les groupant en deux séries.

L'une, la « série sonore », réunit les phénomènes de sonorisation, de dédoublement et de diffusion de la pensée. Ces formes sont caractéristiques de la libération des éléments automatiques impliqués dans la pensée normale.

L'autre est la « série délirante », où l'on trouve peu ou pas de « matériel sonore », mais uniquement des expressions verbales du malade inséparables d'un réseau de significations délirantes. Ces formes entrent dans le « syndrome d'action extérieure » d'Henri Claude.

En terminant, M. Ch. Durand rappelle la définition qu'il a donnée de l'écho de la pensée : illusion de dualité et d'étrangeté dans la perception du langage intérieur, définition qu'il propose comme base à un nouvel examen des problèmes pathogéniques posés par l'écho de la pensée.

René CHARPENTIER.

La constitution morphologique des malades mentaux, par S. P. CUPCEA (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1941).

Pour vérifier, sur base anthropométrique, la théorie de Kretschmer sur les relations de la structure du corps et des types de réaction mentale pathologique, M. S. P. Cupcea a utilisé l'indice morphologique Wertheimer-

Hesketh. L'examen a porté sur 172 sujets normaux, 90 schizophrènes, 29 maniaco-mélancoliques et 30 épileptiques (épilepsie idiopathique).

Concluant de ces examens qu'au point de vue de la constitution les formes paranoïdes ne peuvent être distinguées de la schizophrénie, l'auteur place dans la même catégorie schizophrénie, paranoïa et paraphrénie. La moyenne arithmétique obtenue dans les états paranoïdes fut, en effet, de 328,57 alors que la moyenne de l'indice chez les schizophrènes fut de 326,23.

Au total, la moyenne de l'indice de Wertheimer-Hesketh fut trouvée de 326,23 chez les schizophrènes, de 274,1 chez les maniaco-mélancoliques, et de 289,2 chez les épileptiques. L'indice moyen des épileptiques est donc celui qui se rapproche le plus de l'indice moyen des sujets normaux qui est de 303. Kretschmer et Enke avaient déjà établi une affinité entre l'épilepsie et la structure corporelle athlétosomique.

L'écart étalon (± 34) des maniaco-mélancoliques, plus petit que celui des schizophrènes ($\pm 47,4$), souligne que la psychose maniaco-mélancolique est un phénomène bio-pathologique plus unitaire que la schizophrénie. Kretschmer a d'ailleurs montré que la schizophrénie est en rapport non seulement avec la constitution asthénique mais aussi avec la constitution athlétique.

Ainsi que M. Cupcea l'a antérieurement indiqué, des différences morphologiques existent entre les groupes sociaux (urbains ou ruraux), mais les différences morphologiques qui existent entre les groupes pathologiques sont beaucoup plus grandes.

La méthode anthropométrique confirme donc les intéressants travaux de Kretschmer et de son école.

René CHARPENTIER.

Azotémie et troubles psychiques. L'encéphalose azotémique, par A. LEMIERRE, M. DELAY et G. TARDIEU (*La Presse médicale*, 11-14 juin 1941).

Intéressante observation détaillée d'un cas de néphrite azotémique précoce chez un homme de 39 ans atteint de scarlatine méconnue, cas dans lequel la rétention azotée atteignant un taux extrêmement élevé parut aux auteurs être la seule cause des symptômes constatés et où des troubles psychiques intenses dominèrent la scène clinique. L'état psychopathique fut celui de la confusion mentale asthénique.

Les auteurs estiment que la narcose azotémique, résultat d'un trouble évident de la fonction rénale, fut seule en cause, réserve faite d'une prédisposition individuelle possible que l'interrogatoire n'a d'ailleurs pas permis de déceler. Ils écartent complètement l'hypothèse de l'intervention de la scarlatine initiale, d'ailleurs fugace et rapidement éteinte.

Aussi proposent-ils de désigner sous le nom d' « encéphalose azotémique » le syndrome mental dû à la rétention azotée, distinguant l'encéphalose purement toxique, des encéphalites, tributaires d'une atteinte infectieuse.

A propos de cette discrimination entre les encéphaloses et les encéphalites, ils posent la question des liens de parenté entre les « encéphalites psychosiques agues azotémiques »¹ et l'« encéphalose azotémique », question qu'ils se proposent de discuter dans un mémoire ultérieur.

René CHARPENTIER.

Encéphalose azotémique et encéphalites psychosiques aiguës azotémiques. Le problème des azotémies dites extrarénales, par A. LEMIERRE, J. DELAY et G. TARDIEU (*La Presse médicale*, 25-28 juin 1941).

Ce mémoire fait suite au précédent dans lequel les auteurs ont montré que des troubles psychiques peuvent apparaître chez les azotémiques, du fait même de la seule azotémie et ont proposé pour ces syndromes l'appellation d'encéphaloses azotémiques. Ces encéphaloses azotémiques, dues à une intoxication des centres nerveux, ont été nettement distinguées des encéphalites psychosiques aiguës azotémiques (Toulouse, Marchand et Courtois), ayant pour origine les lésions cérébrales inflammatoires.

MM. A. Lemierre, J. Delay et G. Tardieu discutent ici l'opinion, exprimée par M. Marchand, que l'intervention d'un facteur rénal doit être éliminé dans la pathogénie de l'azotémie des encéphalites psychosiques aiguës azotémiques dont la cause serait uniquement l'exagération de la désassimilation azotée. Pour M. Marchand, cette azotémie serait donc une azotémie extrarénale selon cette opinion adoptée également par MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Follin.

Or, écrivent MM. A. Lemierre, J. Delay et J. Tardieu, il n'y a pas d'azotémies extrarénales. Toute élévation du chiffre de l'urée sanguine au-dessus du taux physiologique résulte de ce que le rein se trouve temporairement ou définitivement dans l'incapacité d'éliminer de façon suffisante les déchets azotés élaborés dans l'économie. Toute rétention azotée est l'indice d'une défaillance de la fonction rénale. Le fait que la désassimilation azotée excessive observée dans les encéphalites psychosiques aiguës azotémiques tienne à une action trophique des centres nerveux s'exerçant en particulier sur le système musculaire ne permet pas de conclure à la non-intervention d'un facteur rénal dans la pathogénie de l'azotémie. Il se peut que la défaillance fonctionnelle du rein soit liée à des modifications du parenchyme sécréteur trop légères pour être décelées et dues au virus de l'encéphalite. Il se peut même qu'elles soient l'expression d'un véritable trouble trophique portant sur le rein et conséquence des lésions encéphaliques (Courtois). Mais dans les encéphalites, comme dans les autres circonstances pathologiques, à la base de l'azotémie se trouve une incapacité fonctionnelle du rein, transitoire ou définitive, minime ou accentuée. Et si l'on peut parler d'azotémie sans néphrite, au sens anatomique du mot, les auteurs estiment que le terme d'azotémie extrarénale doit être abandonné.

René CHARPENTIER.

La psychologie des réflexes, par LOGRE et LAMACHE (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 18 mars 1941).

Si Babinski a pu considérer les réflexes comme des « phénomènes objectifs que la volonté est incapable de modifier » et d'où sont exclus le mensonge et l'erreur, MM. Logre et Lamache se sont proposé de montrer, par des exemples, que la réponse à l'interrogatoire du marteau percuteur est très souvent une « réaction neuro-psychique » dans laquelle il convient d'envisager tour à tour chacun des éléments, puis leur ensemble et leur importance relative.

E. Dupré enseignait que la vivacité des réflexes comporte une significa-

tion psychiatrique. En réalité, lorsqu'il étudie le réflexe, le clinicien doublé d'un psychologue ne se borne pas à interpréter, selon le mot de Babinski, le « langage » de l'objectivité pure, matérielle et mécanique. Il s'attache aussi à recueillir, quand il en a l'occasion, un autre témoignage, intimement uni au premier, mais moins constant, moins sûr et moins clair, où s'expriment les fonctions psychiques les plus diverses : l'émotivité, l'imagination, la volonté, lucide ou obscure. Puis, confrontant ces deux tests complémentaires, souvent intriqués, mais dont l'un se prête à une délimitation rigoureuse, il peut, dans la réponse globale au marteau percuteur, faire la part du neurologique et du psychique, ce qui revient, dans les cas de sincérité douteuse, à fixer « la part du réel et du fictif » en donnant une base précise au diagnostic différentiel, trop souvent aléatoire, du pithiatisme et de la simulation.

R. C.

Psychicité et pathologie lésionnelle, par E. GELMA (*L'Encéphale*, 1939-1940-1941, tome II, n° 2).

Revenant, à propos de trois observations d'accidents cutanés en étroit rapport avec des mouvements affectifs, sur la vieille question, toujours actuelle, de l'influence du moral sur le physique, l'auteur reconnaît l'exactitude « des postulats du pithiatisme quand ils spécifient aux troubles créés par la psychicité le caractère de rester étrangers à la personne et d'être dépourvus de sémiologie organique ». Mais, ajoute-t-il, « on ne saurait y voir des critères absolus puisque leur anorganicité est toute relative et que l'esprit n'est pas foncièrement incapable de se substituer à la lésion et d'intervenir à l'étage de la conscience claire ainsi qu'à celui de l'inconscient dans la vie neuro-végétative ». La notion de l'influence du moral sur le physique « domine plus que jamais la biologie humaine ».

R. C.

Les psychoses post-opératoires, par ZAKI ALI (Travail de la Clinique psychiatrique de l'Université de Genève). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1941, vol. XLVII, fascicule 1/2.

Après un court historique, l'auteur distingue les réactions pathologiques que peuvent présenter les psychopathes après une opération des véritables psychoses post-opératoires qu'il étudie successivement en ophtalmologie, en gynécologie, en chirurgie générale, des troubles psychiques consécutifs à l'ablation de glandes endocrines ou à des opérations sur la masse cérébrale ainsi que des troubles psychiques pouvant être sous la dépendance de l'anesthésie générale ou même locale. La diversité de ces manifestations en montre bien les différences de mécanisme et de pathogénie. Leur seul caractère commun est l'ordre de succession chronologique entre l'opération et l'apparition des troubles.

Réactions anormales de psychopathes constitutionnels, effets de la substance narcotisante, troubles en rapport avec des suppressions d'organes (interventions sur la masse cérébrale, ablation de glandes endocrines), accidents d'ordre infectieux ou toxique, modifications du chimisme intérieur à la suite d'opération de cataracte par exemple, forment autant de

groupes différents. A signaler également les rares cas de coïncidence où une psychose primitive, non symptomatique, se manifeste au cours d'une convalescence post-opératoire.

R. C.

Paralysie générale après un traitement prophylactique intensif tardif, par A. SÉZARY, A. DURUY et HOREAU (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 13 février 1941).

Syphilis méconnue découverte à l'occasion d'une séro-réaction, traitée ensuite intensivement pendant 7 ans par des séries de traitement novarséno-bismuthique conjugué. Amélioration progressive des anomalies du liquide céphalo-rachien. Ecllosion d'un état d'excitation sans troubles de la mémoire, sans perte de l'auto-critique, sans troubles de la parole. Les auteurs concluent à une paralysie générale incomplète analogue aux états constatés chez les malades atteints de paralysie générale traités par les méthodes modernes et seulement améliorés à la suite de ces traitements. L'atténuation serait due à l'action du traitement préventif.

Dans un autre cas, un échec analogue fut observé malgré malariathérapie préventive. Ces échecs surviennent chez des syphilitiques non traités, ou mal traités, au début de l'infection.

R. C.

Epidémie de troubles carentiels de type béribérique dans une colonie familiale d'aliénés, par P. SIVADON (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 23 mai 1941).

Sur 800 malades en traitement dans une Colonie familiale d'aliénés, M. Sivadon a observé récemment 40 cas d'œdème généralisé rappelant la forme humide du béribéri, avec parfois des troubles parétiques discrets. Dans la moitié de ces cas, la mort survint avec anasarque et œdème pulmonaire.

Seule l'administration de vitamine B1 a donné des résultats, le plus souvent rapides, alors que saignée, tonico-cardiaques, diurétiques avaient été employés sans résultat.

Aucun trouble analogue n'ayant été constaté chez les nourriciers dont les malades partagent la vie et l'alimentation, M. Sivadon a tendance à imputer un déséquilibre alimentaire chez des sujets antérieurement gros mangeurs de pain, et dont les tares nerveuses ont pu constituer un terrain propice au développement des troubles observés.

R. C.

PSYCHOLOGIE

Le désir de désirer, par LOUIS VIALLE (*Journal de psychologie normale et pathologique*, avril-juin 1939).

Diversité de tendances héritées, la personnalité en apparence la plus unifiée est, à vrai dire, une multiplicité incohérente. Le « moi » est protéiforme. Mais, derrière ces incohérences il y a cette unité d'une énergie

qui veut le bonheur, usant pour cela de mille détours et de subtiles dérobadès avec une étonnante plasticité.

C'est la peur de souffrir qui détermine les sinueuses évolutions du « moi », la peur de souffrir ou peut-être, plus profondément, la peur de mourir, car la douleur signifie que notre existence est en péril. C'est pour nous dérober à la douleur que nous essayons de transposer notre existence sur le plan de l'éternel et de nous purifier jusqu'à n'être plus qu'un impersonnel regard ouvert sur l'agitation passionnée de l'individualité concrète que nous avons été et que, bon gré, mal gré, nous sommes encore. C'est pour échapper à la douleur que le « moi » recherche tantôt la plénitude, tantôt le vide, l'abolition de tout désir par assouvissement ou répression. Mais cette peur de la souffrance n'est que l'envers de notre amour de la joie qui signifie l'amour de la vie consciente. C'est par amour de la joie, c'est-à-dire de la vie, que nous acceptons la souffrance du désir, que nous éprouvons le désir de désirer.

Si nous voulons échapper au désir, c'est parce qu'il exclut le plaisir parfait, puisque désirer c'est toujours, à quelque degré, avoir conscience d'une incomplétude ou d'une gêne. C'est aussi pour échapper aux anticipations vers lesquelles toujours porte le désir qui est, par sa nature même, un mouvement vers l'avenir.

Le désir de désirer, c'est-à-dire de changer, est le désir de se conserver puisque la personnalité consciente ne peut se conserver qu'à condition de changer, tout en conservant une certaine identité. Il signifie l'amour de la vie consciente. C'est le désir d'être indéfiniment une conscience heureuse, une conscience qui doit se contenter d'être relativement heureuse car le désir, souvent plus agréable que l'acte même de l'assouvir, implique toujours quelque degré de peine. Le désir est à la fois la condition de la conscience et la condition du plaisir.

Le désir du néant est au fond le désir d'un bonheur épuré de toute souffrance, c'est l'amour de la Joie, d'une joie sans mélange et sans limites, car l'idée de limite est attristante. Or, tout désir implique le sentiment d'une imperfection, d'une limite. Le désir du néant peut se concilier avec le désir de désirer lequel ne peut être satisfait que si nous pouvons espérer un jour parvenir à l'absolu, c'est-à-dire au néant. Le rêve de l'absolu, c'est-à-dire du néant, rêve d'anéantissement, est un moyen de se délivrer d'obsessions décourageantes, un moyen donc de défendre la vie consciente. Certaines surexcitations du désir, rendues intolérables par un obstacle invincible, amènent à faire prendre tout désir en horreur. Si le désir de désirer est aboli, le désir du néant l'est aussi, car le désir du néant n'est que le désir de l'abolition de tout désir.

Vouloir échapper au désir de désirer parce qu'on y sent parfois le principe de toutes les souffrances, au lieu de voir qu'il est le principe de toute joie, vouloir échapper au désir de désirer parce qu'il disperse le « moi », l'agite, l'attache à des objets fugitifs dont la dépossession le déchire, tel est probablement le sens de l'effort vers la spiritualité pure, suprême concentration, pleine possession de soi-même, à l'abri des heurts de la vie, du désir si souvent exaspéré en passion.

Cette suprême épuration, on se la représente non comme un état, mais comme un acte, renoncement au profit d'une activité transcendante ou transcendante, puissance libre, érétrée, qui dépasse tous les désirs, contient tous les plaisirs qui en sont résultats ou en résulteront. Transcender tous

les désirs et même le désir de désirer qui, malgré tout, nous asservit aux désirs, donc aux déceptions, dépasser les zones de vie où se trouvent plaisir et souffrance tel serait le but du mouvement intérieur d'ascèse par lequel on tend vers l'Acte pur, d'ailleurs sans jamais y parvenir, car ce serait purement et simplement cesser d'exister.

René CHARPENTIER.

Causalité des phénomènes psychiques, par Zevedei BARBU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, avril-juin 1941).

L'auteur s'attache à préciser comment trouve son application dans le domaine psychique le principe de causalité. En premier lieu, il recherche les conditions probables que doit remplir un phénomène pour obéir à l'application positiviste du principe de causalité. Il traite ensuite de l'évolution du concept de causalité en général, en indiquant les motifs du passage du principe déterministe au principe probabiliste.

Dans une troisième partie, il étudie les différentes régions de la vie psychique dans lesquelles les phénomènes peuvent obéir à un principe déterministe (les réactions primaires) et les limites de ce principe, puis les régions où le principe probabiliste est appliqué aux phénomènes psychiques, par exemple la représentation des fonctions psychiques dans la courbe gaussienne.

En terminant, l'auteur discute le problème de la dynamique psychique et la tentative de K. Lewin d'introduire un critérium pour la détermination du phénomène psychique.

René CHARPENTIER.

Qu'est-ce qu'un signe ? par Charles BALLY (*Journal de psychologie normale et pathologique*, avril-juin 1939).

Dans ce travail, développement de conférences faites par l'auteur à Genève et à Zurich, de 1935 à 1938, M. Charles Bally a surtout voulu montré l'extraordinaire complexité du problème du signe dans le classement des catégories sémiologiques.

Cherchant à définir le signe à la fois dans sa généralité et ses caractères propres, en l'opposant à des notions voisines qui risquent sans cesse de se confondre avec lui, il distingue l'indice, perception qui permet de conclure à l'existence d'un autre fait, du signe qui, également de nature matérielle, physique, se distingue de l'indice, en particulier par ce caractère très précis qu'il résulte d'un ou plusieurs mouvements musculaires produits par une volonté (inconsciente ou réfléchie). Le signe est une prise de possession de l'indice : c'est un acte. L'indice est un moyen de connaître, le signe est un moyen de faire connaître. Non seulement le signe est un acte, mais il engendre un autre acte chez le récepteur. Il est doublement actif. Et, contrairement au signe, l'indice, toujours uni par un lien naturel à la chose indiquée, n'est jamais arbitraire, ne devient jamais conventionnel.

Il est d'ailleurs des cas où indice et signe se compénètrent. La confusion résulte alors d'une fausse interprétation, soit de l'indice, soit du signe et le langage consacre ces confusions.

Et M. Ch. Bally fait remarquer que si la sémiologie rêvée par F. de Saussure est la science des signes, la sém(é)iologie des médecins est l'étude des symptômes, c'est-à-dire des indices des maladies.

René CHARPENTIER.

Le système de l'actualité, par Jean NOGUÉ (*Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-décembre 1939).

Appliquée au temps, la méthode de l'analyse psychologique oblige à renoncer aussi bien aux prétentions de la définition conceptuelle qu'aux facilités de l'intuition. Il ne saurait s'agir de donner d'emblée une formule qui résume l'essence du temps. Partant de la réalité complexe que désigne le mot temps, M. J. Nogué a été amené, d'une part, à discerner l'existence de plusieurs systèmes temporels, d'autre part à se poser sur l'un de ces systèmes les questions plus précises concernant le sens et l'ordre du temps. Pour retrouver la réalité intérieure à laquelle répondaient ces notions, il convenait de faire provisoirement abstraction du sensible et de se tourner vers l'épreuve de notre propre force, cet acte du mouvement volontaire dont Maine de Biran a établi toute l'importance. C'est dans cet acte que se fixe l'orientation du temps et c'est par son renouvellement que se construit le schéma de tout ordre. L'effort se dédouble en appui et en élan comme le confirme l'exemple de toutes les techniques du mouvement. Appui et élan font tous deux parti intégrante de l'actualité. L'action seule les fait naître, dessinant par là même le sens du temps. Le sensible retrouve son rôle qui est un rôle d'accompagnement et de représentation : il explique l'extension du système de l'actualité au-delà de l'action elle-même.

Comme le montre l'exemple de Descartes, la notion d'ordre est au principe même de toute recherche scientifique. Le caractère illimité de l'ordre, la progression ouverte assure à l'intellect une fécondité inépuisable. Une théorie de l'ordre est avant tout une théorie de l'activité de l'esprit. Ce schéma de l'ordre ne s'applique pas seulement au domaine des sciences de la nature ; il domine également toutes les sciences historiques.

Entre le temps dont use la connaissance humaine et celui dont nous faisons l'épreuve intime, il n'y a donc peut-être pas l'antagonisme que l'on s'est accoutumé d'établir entre la durée consciente et le temps scientifique. Une théorie du temps fondée sur l'épreuve de notre force n'offre pas seulement l'avantage d'une analyse plus exacte de cette notion : elle permet de rétablir un pont entre l'expérience intime et la pratique de la science et de retrouver entre l'une et l'autre des analogies méconnues.

René CHARPENTIER.

L'hérédité de l'émotivité chez les enfants jumeaux, par Gh. ONACEA-URSU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1941).

Dans quelle mesure les différences individuelles émotives sont-elles dues à l'hérédité ou au milieu ? En appliquant à deux groupes de jumeaux (23 couples univitellins et 26 couples bivitellins) les questionnaires d'instabilité émotive de l'Institut de Psychologie de Sibiu, l'auteur a trouvé dans le premier groupe (univitellins) 18 couples concordants et 5 discordants et, dans le second groupe (bivitellins), 21 couples concordants et 5 discordants.

Les corrélations des groupes sont donc : Univitellins 0,80 ; Bivitellins 0,67. En appliquant la formule Holzinger sur ces corrélations, on constate que la contribution de l'hérédité représente 43 0/0 et celle du milieu 57 0/0.

Ce résultat concorde avec les proportions constatées par Caster pour les jumeaux examinés par lui : hérédité, 44 0/0 ; milieu, 56 0/0.

René CHARPENTIER.

La théorie des sensations chez Descartes, par B. POURDON (*Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-décembre 1939).

Descartes distinguait les sens intérieurs, au nombre de deux, et les sens extérieurs, qui sont les cinq sens ordinairement admis.

Les sens intérieurs sont *les appétits naturels*, tels la faim, la soif, ainsi que la douleur, la chaleur, etc., et *les passions* qui ne se rapportent ni à des choses extérieures, ni à notre corps, mais à notre âme. Les passions « simples et primitives » sont l'admiration, l'amour, la haine, le désir, la joie et la tristesse. Toutes les autres étant des composés ou des espèces de ces passions fondamentales.

Les sens extérieurs sont l'attouchement, le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue dont il a traité longuement. Six qualités principales des objets peuvent être perçues par la vue ; ce sont la lumière, la couleur, la situation, la distance, la grandeur et la figure. Au nombre des erreurs visuelles Descartes a mentionné les illusions des aliénés ou de ceux qui dorment.

Il a traité également du plaisir et de la douleur, du rapport des sens extérieurs et des objets. S'il refuse généralement aux animaux la sensation en tant que pensée (*cogitatio*), il estime que les animaux, au moins certains d'entre eux, ont de commun avec l'homme le mouvement du cerveau qui constitue le premier degré de la sensation. On peut cependant noter quelques hésitations à nier chez eux toute pensée.

La métaphysique dualiste de Descartes a influencé sa théorie des sensations. Tantôt c'est le point de vue de la distinction essentielle de l'âme et du corps, tantôt c'est celui de leur union qui prédomine. Grande fut aussi l'influence des sciences qu'il pratiqua : anatomie, physiologie, géométrie, mécanique. Descartes fut, sinon le fondateur de la psychologie physiologique, au moins un précurseur.

La théorie cartésienne des sensations ne présente pas seulement un intérêt historique. Elle a exercé après Descartes et exerce encore actuellement une profonde influence et M. B. Bourdon en donne des exemples. La conception cartésienne d'un dualisme de la sensation et de l'objet se retrouve dans les théories modernes des sensations. Ce dualisme est admis même par des physiologistes et par des psychologues qui s'appliquent à l'étude exacte scientifique des sensations.

René CHARPENTIER.

Le mécanisme de la vision en lumière intermittente, par J. SÉGAL (*Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-décembre 1939).

La théorie ébauchée à la fin de ce long travail de 90 pages suppose à la base de la vision un processus rapide, dont la période critique ne serait pas supérieure à 1 ms., processus de nature photo-électrique ou photo-chimi-

que. L'excitation se transmettrait dans la fibre nerveuse par des influx répétitifs dans le cas d'excitation constante, ou par des influx isolés, synchronisés avec le stimulus dans le cas d'intermittences. La dualité de l'activité nerveuse, établie par Fessard, donne le support physiologique nécessaire à cette conception.

La fréquence des influx ne peut pas déterminer l'intensité de la sensation, comme l'a supposé Adrian. Il faut probablement lui attribuer une signification qualitative, et peut-être un certain rôle dans la sensibilité différentielle. L'intensité de la sensation serait, comme l'avait prévu Hecht, fonction du nombre d'éléments excités ; le centre récepteur la déterminerait par un mécanisme semblable à celui qui a été décrit par Piéron et Ségat pour le sens eutané.

La fusion ne serait pas une simple homogénéisation de l'action du stimulus, une réduction de son effet par l'inertie des réactions de l'organisme. Il s'agit certainement de phénomènes beaucoup plus complexes dans lesquels il faut attribuer une place importante aux interactions des influx afférents avec l'activité périodique autonome de l'écorce cérébrale.

R. C.

Contribution au problème de la mémoire, par Rudolf ROSEN (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, 1941, pages 33 à 41).

Les biologistes sont en général persuadés que, conformément à la définition de Hering, « la mémoire est une fonction générale de la matière organique ». Semon partage cette manière de voir, tandis que Bleuler, dans son ouvrage « Mnemismus », accorde à la substance inorganique une mémoire rudimentaire.

L'idée que le processus de la vie est lié à l'état colloïdal de la matière permet d'accorder plus facilement une fonction mnésique primitive aux colloïdes inorganiques. Si l'on admet qu'il y a des formes transitoires entre le protoplasma et les colloïdes inorganiques, et qu'il n'y a pas de limite précise entre ceux-ci et un état moléculaire diffus, on doit aussi reconnaître une fonction mnésique aux molécules, aux atomes, aux protéines, aux électrons. Les constatations de la physique moderne confirment cette manière de voir. Quant à l'action de la mémoire sur les substances vivantes, on est arrivé à la conclusion que la plus petite trace mnésique est en relation avec chaque autre et que toutes ces traces s'influencent mutuellement. Si Bleuler admet que la matière inorganique présente une mémoire rudimentaire, il ne pense cependant pas que cela suffise pour accorder à ces substances une capacité d'action.

Une étude approfondie de ces problèmes ne sera sans doute reprise que lorsque la critique aura pris position quant à la notion étendue de la mémoire.

O.-L. FOREL.

Imagination, idéation, par Paul MASSON-OURSSEL (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1940-1941).

Pourquoi continuer à parler d'images et d'idées, demande M. Paul Masson-Oursel ? Qu'importe de ne pas posséder d'idées ou d'images toutes fai-

tes si l'on est doué d'idéation ou d'imagination, fonctions qui permettent de pousser plus ou moins loin quelque élaboration d'images ou d'idées. Images et idées sont des idéaux et l'achèvement-limite n'est pas concevable. Dans l'idéation comme dans l'imagination, la précision n'apparaîtrait qu'au terme, s'il y en avait un. Les deux processus ne se distingueraient qu'à leur aboutissement, la notion scientifique, loi ou genre, et l'œuvre définitive de l'artiste. Il n'y a pas d'opposition entre imaginer et penser : toute pensée forte imagine en tant qu'elle crée, toute élaboration d'images s'avère saturée de pensée, puisqu'elle met en œuvre, à l'infini, des symbolismes.

Des ébauches d'images, des ébauches d'idées, fort peu poussées mais d'autant plus utiles, tel est le contenu de la conscience empirique ou de la mentalité commune. L'introspection ne saurait donc fournir que des documents imprécis, mais cette imprécision c'est l'authenticité même de la « donnée ». De même que « cause » n'a plus de sens en physique, depuis que « fonction » ou « relativité » s'y substituent, image, idée ne peuvent plus guère nous apparaître des « faits de conscience ». L'image n'existe que pour l'artiste, l'idée n'existe que pour le logicien — et à la limite de leur effort constructif. Le moins décevant des documents psychologiques c'est, non le témoignage de la conscience, mais l'étude comparative des normes, en particulier des techniques mentales.

René CHARPENTIER.

Le problème de la volonté. Nouvelles données psycho-physiologiques, par H. BARUK (*Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-décembre 1939).

Rappelant que Spinoza, dans l'éthique, en étudiant le problème de la volonté, a insisté sur le rôle de causes somatiques, encore inconnues à son époque mais qui lui paraissaient essentielles, M. H. Baruk expose certaines acquisitions psycho-physiologiques récentes qui permettent de reprendre sur de nouvelles bases l'étude de ce problème.

La pathologie mentale permet d'étudier la décomposition de certaines fonctions psychologiques et de saisir leur mécanisme. Les faits montrent que l'initiative volontaire peut être abolie par un engourdissement spécial qui saisit le malade, le rend incapable d'agir, tout en le laissant conscient. Contrairement à une opinion encore si répandue, le trouble subjectif a autant de valeur et est aussi justifié que le trouble objectif. Mais, alors que ce dernier traduit l'expression d'une atteinte complète et d'une véritable inhibition de fonction, le trouble subjectif est le cri d'alarme d'une atteinte pathologique encore légère. Certaines causes toxiques peuvent, par un processus diffus, déterminer un engourdissement spécial qui engourdit non seulement le corps, mais l'esprit et empêche le libre exercice de la volonté.

Entre la suspension des fonctions volontaires normales par suite de l'engourdissement psychique et certaines perturbations des fonctions viscérales, on constate un parallélisme frappant, ces troubles étant l'effet d'une même action toxique. Des exemples montrent l'importance du rôle que joue dans la sphère cinesthésique l'activité de la volonté. Divers syndromes morbides qui peuvent donner l'apparence d'être réalisés par le sujet en vertu d'une sorte de déviation ou de perversion mentale sont, en réalité, l'expression d'un affaiblissement de contrôle volontaire.

Toute atteinte du fonctionnement normal de la volonté a pour effet de priver plus ou moins le sujet de sa liberté, de son indépendance psychologique, privation qui s'exerce non seulement dans le domaine du mouvement, mais encore dans toute la vie psychologique et dans le domaine moral. Dans le domaine moral comme dans le domaine psychomoteur on retrouve, dans les altérations des mécanismes moteurs, les mêmes perturbations de la synthèse mentale. Pour l'observateur et pour le sujet lui-même, la maladie donne l'impression d'une diminution de la liberté du sujet. En pratique, aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue médico-social, il faut bien tenir compte de cette notion du « sentiment de liberté » dans la mise en jeu des mécanismes volontaires, pour apprécier l'état normal et l'état pathologique. Ce sentiment de liberté est bien fragile. S'il peut être suspendu par des causes somatiques et toxiques il n'est pas moins sensible à de nombreux facteurs spirituels lesquels jouent dans l'évolution de la personnalité un rôle considérable que ne doivent pas faire oublier les données biologiques.

René CHARPENTIER.

L'aspect psychologique de l'instinct, par M. BENIUC (*Revista de Psihologia teoretica si aplicata*, Sibiu, janvier-mars 1941).

Si l'on définit l'instinct comme un comportement héréditaire, ce qu'on appelle biologiquement l'instinct, c'est à dire un complexe d'activités qui servent les intérêts vitaux de l'espèce, peut, au point de vue psychologique, être réduit en une série de comportements ayant chacun leur unité bien que découlant l'un de l'autre. De sorte que les aspects biologique et psychologique de l'instinct ne coïncident pas nécessairement.

Au point de vue de l'aspect psychologique d'un comportement d'une série instinctive, l'auteur fait remarquer que si le composant affectif ou impulsif est déterminé héréditairement, l'objet de l'instinct l'est beaucoup moins. Un autre objet possédant vaguement la qualité psychique (ou la situation) de l'objet original peut s'y substituer. Cet indéterminisme de l'objet peut parfois aller si loin que l'instinct se déroule sans aucun objet apparent, telle l'esquisse d'un désir. C'est probablement dans ces formes instinctives que doivent être cherchées les sources de l'activité magique.

René CHARPENTIER.

La reconstruction du Nid et le travail collectif chez les Termites supérieurs, par Pierre P. GRASSÉ (*Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-décembre 1939).

Intéressante contribution à l'analyse expérimentale approfondie des instincts chez les insectes sociaux, les observations et les délicates expériences de M. P.-P. Grassé portent sur la reconstruction du nid par des Termites (*Cephalotermes* et *Bellicositermes* du Natal) de la Côte d'Ivoire, mis en élevage expérimental, et sur la comparaison de la technique de reconstruction à la technique d'agrandissement.

La reconstruction du nid montre nettement la technique utilisée par les Termites et apporte la preuve positive qu'il existe une coordination des

efforts, des travaux individuels, dans l'œuvre collective. L'auteur conclut à l'existence chez les Termites du sens topochimique décrit par Forel chez les fourmis. Chez les ouvriers, aveugles et travaillant d'ordinaire à l'obscurité, l'appréciation des distances atteint une grande précision. Il est infiniment probable que les antennes sont le siège principal de l'odorat. Mais, quelle qu'en soit l'importance, les sensations olfactives ne suffisent pas à expliquer la coordination des efforts sans une activité psychologique surajoutée à la perception sensorielle.

La reconstruction du nid exige une plasticité, une adaptation de grande amplitude du comportement des insectes à des circonstances nouvelles. Le plan d'un nid de *Bellicositermes* atteint une haute complexité et les ouvriers agissent comme s'ils préoyaient dans son ensemble le plan du futur nid. La plasticité des actes est parfois telle que le comportement, sans devenir celui d'un être intelligent et capable de raison, sort des limites de l'instinct.

M. P.-P. Grassé se demande s'il n'existerait pas, chez ces animaux dont le système nerveux est construit tout autrement que celui des vertébrés, une faculté psychologique, un moyen de connaissance, différent de l'instinct et de l'intelligence, excluant tout état de conscience claire, mais permettant aux Termites de connaître certaines propriétés du monde extérieur et d'agir en fonction de cette connaissance.

René CHARPENTIER.

La rétention de trois habitudes différentes à la suite de lésions du cortex cérébral chez le rat, par André REY (*Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-décembre 1939).

Pour ces difficiles expériences, M. André Rey a soumis d'abord les animaux à un triple dressage et formé trois habitudes reposant respectivement sur un exercice simple de la vision, de l'audition et de l'olfaction. Cette dernière, particulièrement difficile à former et à conserver, fut, par la suite, remplacée par une habitude tactile complexe. D'autre part, on ne parvient pas toujours à réaliser des lésions corticales d'un type très pur. Bien que déclarant souhaitables des recherches complémentaires, l'auteur ayant obtenu des résultats assez nets en rapporte les plus caractéristiques et dégage de ces recherches une loi de désagrégation de la fonction corticale.

Lorsque les lésions sont petites, l'effet du facteur spécialisation est compensé par la masse du tissu fonctionnel subsistant. Lorsque les lésions s'accroissent, le facteur masse devient impuissant à compenser l'effet du facteur spécialisation. Lorsque les lésions s'accroissent encore, l'effet du facteur spécialisation s'efface devant celui du facteur masse.

M. André Rey ajoute : 1° que tous les animaux examinés ont pu reformer les habitudes perdues ou compromises, le réapprentissage étant d'autant plus long que les lésions étaient plus étendues ; 2° qu'à la suite, les lésions du cortex cérébral, le degré de rétention d'une habitude ne s'est pas montré en relation avec la facilité d'apprentissage de cette habitude.

R. C.

Les univers des animaux à côté de l'univers de l'homme, par Henri Piéron (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1940-1941).

Notre monde, tel que nous le connaissons, est fait de sensations. Il est fait de lumière, de couleurs, de formes, de chaleur, de sons, d'odeurs, de saveurs et d'impressions engendrées par des forces mécaniques. Le monde réel est, en réalité, bien différent de ce qu'il nous paraît être, d'après nos sens. Nos sensations sont des révélateurs de phénomènes extérieurs, mais qui ne ressemblent pas plus à ces phénomènes que le mot qui sert à les désigner ne peut ressembler à ces sensations.

Dans cette intéressante conférence faite au Palais de la Découverte le 19 janvier 1941, le Professeur Henri Piéron s'applique à rechercher jusqu'à quel point les animaux vivent dans un univers semblable au nôtre et, tout d'abord, si les phénomènes qui sont capables d'agir, par conséquent de nous fournir des éléments de connaissance dans notre univers, sont les mêmes chez les animaux que chez les hommes. Passant en revue les différents sens chez les métazoaires, il montre, à l'aide de nombreux faits, qu'il existe une très grande similitude fondamentale, malgré de grandes différences dans les réceptions. Recherchant si le milieu modifie les réceptions sensorielles et, dans quelle mesure, M. Henri Piéron conclut que cette similitude des mondes des animaux est bien grande, vis-à-vis du monde humain, puisque, vivant dans des régions où la lumière n'arrive plus à pénétrer, bien des animaux ont trouvé des procédés analogues à ceux que nous employons : ils fabriquent de la lumière.

Malgré des variations notables, il y a donc dans le monde vivant une grande unité et tous les organismes vivent dans un univers qui, dans ses traits essentiels, constitue véritablement un univers commun.

René CHARPENTIER.

Le langage, la langue et la parole, par Jean PRZYLUKI (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1940-1941).

La linguistique structurale distingue la parole, action individuelle, de la langue, institution sociale et système cohérent. Elle écarte en principe toute explication extra-linguistique (psychologique par exemple) et cherche à expliquer les faits linguistiques par la langue même. La parole serait à la langue comme l'individu est à l'espèce.

M. J. Przyłuski propose de remplacer cette formule par la suivante : la parole est à la langue comme l'individu est à la race. Il distingue trois degrés : parole, langue, langage, comparés à l'individu, à la race et à l'espèce. Le langage appartient à l'espèce humaine, tandis que la parole est le fait de l'individu, mais la communauté de langue définit un groupe linguistique, dont la limite, d'ailleurs, ne coïncide pas nécessairement avec celle d'une race déterminée.

Si l'on s'attachait à faire ressortir les variations de la parole individuelle par rapport à la langue normale, on serait tenté de retracer une évolution linéaire : langage primitif, puis langue, puis parole, mais il y a, en réalité, une bifurcation : après le langage primitif, la parole et la langue évoluent solidement. Et, si l'on veut tenter d'examiner la réalité linguistique, non plus du dehors, mais du dedans, on note que l'évolution linguistique est due au jeu de deux forces antagonistes : l'une novatrice, créatrice, qui se

manifeste surtout par la parole et principalement dans les sociétés plus évoluées ; l'autre conservatrice, régulatrice, dont l'action est plus tyrannique aux stades inférieurs de l'évolution. Ces deux forces sont simplement des aspects de l'intelligence qui exerce tour à tour son pouvoir créateur et son pouvoir organisateur, régulateur.

Pour étudier le dynamisme de la langue, il est nécessaire de l'intégrer dans la réalité psychique, c'est-à-dire de retrouver sous les phénomènes linguistiques les faits psycho-sociologiques.

René CHARPENTIER.

Le langage secret chez les enfants, par Marthe STURM (*Journal de psychologie normale et pathologique*, avril-juin 1940-1941, nos 4-6).

Nul ne conteste qu'il y ait, chez les enfants, production de langage secret. Mais alors que Jespersen, Stern, von der Gabelentz semblent croire qu'il puisse y avoir création de mots ou de langage, Delacroix est d'avis que « l'enfant ne crée pas de rien, ni de propos délibéré ».

L'enfant, comme le primitif, a besoin de beaucoup de mots qui expriment les intangibles affectifs qu'il perçoit et sent si vivement. Et, vers l'âge de 6 ou 7 ans, âge où l'égoïsme cède le pas à la socialité (Piaget), se développe le besoin du secret. Mais les langages secrets infantiles, refuges dans un monde particulier, à l'abri d'un milieu extérieur devenu trop ennuyeux ou trop complexe, souvent fragmentaires et élémentaires, persistent rarement. D'où l'intérêt de l'étude, par Mlle Sturm, du langage « benzorien » inventé par une fillette de 11 ans, née en Grande-Bretagne en 1916, et dont elle se servait encore à l'âge de 19 ans. Le benzorien comprend un glossaire écrit de 900 mots au moins, un système de grammaire et l'étude a pu s'exercer sur quelques documents écrits.

Il semble que les enfants (deux enfants intelligents, actifs, studieux, mis en quarantaine et s'ennuyant et dont l'imagination se met en branle) soient partis d'une rigidité tout enfantine pour se soumettre en dernière analyse aux lois plus souples et plus subtiles de la réalité linguistique préexistante. L'invention soi-disant libre et spontanée a été fermement dirigée, et strictement restreinte, par les lois d'un donné linguistique antérieur. Les enfants n'ont pas pu se dégager de leurs habitudes phonétiques d'accentuation, se soustraire aux lois générales de la formation des unités phonétiques. L'opinion de Delacroix se trouve ici amplement confirmée.

René CHARPENTIER.

La réaction dite de colère chez les nouveau-nés, par M. J. STOFFELS (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1940-1941)

Pour analyser ce phénomène complexe qu'est l'émotion, Watson fut le premier, en 1917, à observer les réactions émotives de tout jeunes enfants, étudiant l'origine et le développement de ces réactions depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans. De ses recherches, il conclut à l'existence de trois réactions émotives originaires spécifiques : la colère, la peur et l'amour, chacune d'elles répondant à des excitants déterminés et consistant en réactions déterminées. Ultérieurement (1927), Sherman arriva, au contraire, à cette conclusion que les réactions émotives des nouveau-nés sont indifférenciées.

Dans ce travail fait à l'Université de Louvain, le but principal de l'auteur fut de contrôler l'affirmation de Watson de l'existence d'une émotion spécifique de colère. Après avoir indiqué la technique suivie pour l'étude chez 1.072 enfants de 42 réactions partielles, il donne les résumés des observations sur l'évolution des réactions. On consultera avec intérêt ce long mémoire, illustré de 23 tableaux et 19 figures ou courbes, et dans lequel M. J. Stoffels dégage de ses patientes et délicates recherches les conclusions suivantes.

La réaction dite de colère que l'on observe chez le nouveau-né semble être une réaction généralisée, une simple exagération des réactions habituelles. La similitude constatée entre la réaction résultant de l'immobilisation et les réactions de faim et de froid permet de dire que cette réaction généralisée est provoquée par des excitants bien divers et, d'une manière générale, par tout excitant contraire au bien-être de l'organisme.

L'auteur signale cependant des différences entre les réactions provoquées par ces excitations, très semblables, mais non identiques. Il a observé, par exemple, des différences entre la réaction à l'immobilisation de la tête et celle à l'immobilisation des bras, et résultant, lui semble-t-il, de l'endroit excité, des différences aussi entre les réactions à l'immobilisation et celles du froid et de la faim.

René CHARPENTIER.

Phénoménologie du serment, par Maxime CHASTAING (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1940-1941).

Le serment est une promesse, et aussi plus qu'une promesse. On dira que tous deux expriment un engagement mais, répond M. Maurice Chastaing, il y a plusieurs engagements et il resterait à définir quel engagement porte le nom de serment. Comprendre, c'est décrire et il résulte de la description de l'auteur que la psychologie de celui qui jure n'est pas la psychologie de celui que la fidélité engage : il en résulte, en réalité, opposition du serment et de l'engagement. Le métaphysicien pourra en tirer une leçon de méthode et le moraliste une condamnation du serment.

Dans cette description, M. Maurice Chastaing constate que le serment est une redite, une dépréciation de la parole, l'insuffisance du premier oui étant liée à une confusion de la Pensée et de l'Etendue. Condamné par le Nouveau Testament, le serment se situe en dehors de ce qu'on appelle vie intime et intimité, il n'a aucun sens en dehors d'une duplicité possible. Si toute expérience se détache sur une situation qui lui sert de fond, le serment se détache, lui, sur une toile de mensonge.

Il a, d'autre part, un caractère spectaculaire. C'est une solennité. Il n'est pas seulement objectif : il paraît un objet que l'homme du serment porte, accroché à son existence, et un objet garanti. Mais il n'est pas de garantie sans une sorte de pacte. La valeur de l'otage justifie la sécurité qu'engendre le serment. Il coûte trop d'être parjure.

L'attente paraît essentielle à la conscience du serment, le serment n'est donc compréhensible que par l'existence du temps. Mais il ne s'agit pas d'un temps qui dure, le serment, qui tranche la vie en deux endroits, reste extérieur à la vie. Etranger aux idées de constance, de persévérance et, plus généralement, de fermeté, le serment se manifeste là où ces idées ne semblent pas en droit de se manifester : il se substitue à elles.

Il apparaît comme dirigé contre une faiblesse possible. Le serment et la fidélité sont hétérogènes. Les vrais engagements n'ont pas besoin de serments. Le serment porte dans sa nature ou, plus exactement, dans son sens, la négation de toute liberté. Il a une force contraignante. En pénétrant dans un serment la promesse perd tout caractère hypothétique. La décision a, dans le serment, le premier rôle. Ceux qui se contentent d'une mutuelle confiance n'ont pas besoin de prendre cette initiative. En jurant, je me réfère à un exécutant futur : d'un côté, le moi exprime ce que je suis, de l'autre ce que je serai. Le monde du serment n'est pas celui de la personne, mais des personnages, personnages ayant des traits communs, la même parole, la même dette : l'un d'entre eux payera, le jour de l'échéance venu. L'efficacité n'appartient pas plus aux personnages qu'aux personnes, mais à la parole donnée. Le serment se manifeste comme étranger à toute intervention humaine avec un sens de cause et, en conséquence, un pouvoir mécanique.

Composé de corps et d'âme, l'homme, parfois se pense comme une âme, parfois comme un corps. Lorsqu'il jure, par exemple, il se désanime. Il y a, conclut M. Maurice Chastaing, une vie physique de l'esprit.

René CHARPENTIER.

Psychologie collective de la répugnance aux colonies, par R. MAUNIER
(*Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-décembre 1939).

La répugnance, ou réluctance, est le sentiment qui survit souvent à la résistance. C'est pourquoi survit le plus souvent, à des degrés divers, (plus chez les Anglais, moins chez les Français) aux colonies, séparation de fait entre les deux populations cohabitantes, même si, par exemple, sont permis en droit les trois moyens de relation qui créent la société : le commercium, le mensalium et le connubium. Ceci étant vrai des deux parts.

Souvent même les dominateurs sanctionnent en droit cette opposition par le cantonnement, le refoulement, la ségrégation (réserves). Ces trois procédés, et le dernier surtout, traduisent d'abord l'intérêt porté à des primitifs que c'est le seul moyen de préserver, de sauver, mais sont aussi parfois l'expression d'un éloignement moral qui peut aller chez certains jusqu'au dégoût et au mépris. Ce mépris, répétons-le, étant double et sourd des deux parts ; mépris prêté, mépris rendu.

Le motif commun, déjà signalé par Hérodote, en est l'ignorance, le malentendu, la méconnaissance, l'incompréhension des groupes humains mal informés. Le conflit est d'ordre « logique », les uns et les autres n'ayant pas la même façon de raisonner et de penser. Le raisonnement des primitifs est prélogique et non logique. Le malentendu est un conflit de raisonnement. Mais aussi conflit moral, conflit d'humeur, d'idéal, de tempérament. Si l'Européen est gêné d'abord par l'inconfort des façons, des naturels, choqué aussi par l'inevitable, l'immoralité qu'il leur prête, les peuples soumis ont à son égard des griefs de même ordre. M. R. Maunier en donne de nombreux exemples dans cette intéressante et très utile étude dont la conclusion légitime est que pour adoucir ces chocs, notre intérêt est de comprendre et de pénétrer les conceptions et les traditions des habitants. Ainsi pourra-t-on mieux les incliner, sans les faire souffrir, vers de nouvelles conditions de vie.

René CHARPENTIER.

Sur la notion psychologique du hasard, par Camille SCHUWER (*Journal de psychologie normale et pathologique*, avril-juin 1939).

L'auteur définit d'abord de manière large la notion psychologique du hasard : la réaction spontanée d'une pensée individuelle, préoccupée d'événements qui concernent sa propre finalité, en face de l'un de ces événements, toutes les fois que les conditions qui peuvent en entraîner la production lui demeurent inconnues, partiellement ou totalement, pourvu qu'il s'agisse d'un fait étranger et qui ne soit pas principalement une production de la personne. Cette ignorance, ajoute-t-il, peut coexister avec une connaissance des causes naturelles d'un phénomène, et autorise encore, sous cette forme, une croyance légitime à l'existence du hasard. Son caractère propre est l'imprévisibilité.

De cette étude, il conclut que le hasard n'est pas une idée faible et fictive, fondée seulement sur la subjectivité de nos désirs et de notre ignorance du déterminisme réel, mais une idée forte et résistante, appuyée sur un fondement objectif et dérivant d'une conception plus exacte des lois. Prévision et imprévisibilité, déterminisme et hasard semblent des notions qui, loin de s'exclure, se complètent et se commandent, bien que d'une manière non réciproque et, il faut l'avouer, incompréhensible.

Un monde dans lequel chaque événement pourrait être prévu avec une parfaite exactitude et qui n'apporterait de surprise ni à nos désirs ni à nos pensées ne vaudrait pas la peine qu'on y vive. Car ce serait un monde déjà vécu. Le monde et notre esprit nous imposent à la fois la croyance au hasard. Du côté du droit, et saisie en elle-même, la nature est vraiment incommensurable à nos désirs ; mais du côté du fait il faut bien qu'elle les concerne toujours puisque, en tout instant et sans jamais la moindre fissure, elle les comble ou les déçoit.

René CHARPENTIER.

La musique, architecture temporelle, par Gisèle BRELET (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-mars 1940-1941).

La musique n'est-elle seulement qu'architecture temporelle ? Beaucoup pensent que ce serait lui enlever toute profondeur et toute gravité que de ne voir en elle qu'une pure forme, sans contenu, ni signification. Nombreux sont ceux qui ne voient presque en elle qu'une « langue du cœur », saisissant la vie affective au principe même de son devenir. Dans cette très intéressante étude, l'auteur rappelle et discute entre autres l'opinion de Schopenhauer pour qui la musique « traduit dans sa marche inquiète et imprévisible ce qu'il y a de contingent, d'irrationnel, d'instable à la base de toute sensibilité ». La musique est intelligible par soi. Le seul commentaire digne de la musique est son exécution. Le texte musical n'est qu'une virtualité : il est donc incomplètement déterminé. Ce n'est pas le sentiment qui est signifié par la forme, mais la forme qui est signifiée par le sentiment. Par sa signification, l'œuvre ne cesse de se convertir en elle-même ; elle se suffit comme tout absolu, parce que ce qu'elle signifie, c'est son être même.

La « pensée musicale » est essentiellement rationalisation du devenir ; et en elle coïncident l'intelligibilité du temps et sa réalité. L'œuvre musi-

cale présente en chaque instaut achèvement et suffisance bien qu'elle n'ait pas atteint son terme. En musique toute attente ne peut être que rétrospective. La répétition rationalise le devenir grâce à l'élément de permanence qu'elle y introduit. Le thème exprime la permanence au sein du devenir : il ne cesse de se recréer, faisant sortir de son actualité un faisceau de possibles dont il est la raison. Il existe une « architecture temporelle » obéissant à une symétrie qui lui est propre, Impliquant devenir et création, le temps qui n'est pas, comme l'espace, partout identique à lui-même, n'admet pas de répétition rigoureuse parce que la permanence y exprime toujours la loi de la succession.

On peut classer sommairement les auteurs et les œuvres suivant deux types bien distincts de durée musicale. L'un semble enfermer tout le devenir de l'œuvre dans un thème créé de telle sorte qu'il puisse l'engendrer. L'autre est spontanéité et devenir créateurs. C'est, à côté de la polyphonie de l'éternel présent, la mélodie de l'immédiat : Bach et Chopin. La spontanéité peut, d'ailleurs, s'exprimer dans ce qu'on pourrait appeler une mélodie d'accords où les harmonies agissent par leur timbre et non par l'individualité de leurs sons : ainsi « Reflets dans l'eau » de Debussy.

En l'émotion la plus banale, la musique trouve un équilibre temporel où jamais le présent n'est quitté. Hegel affirme ne connaître qu'un sentiment vraiment musical, qu'il appelle calme, sérénité ou bonheur. L'« indifférence, joie musicale », est cette sensibilité à la durée qui permet de répondre à ses exigences toujours actuelles. L'exécution parfaite est attention toujours actuelle. En elle se réalise l'identité de l'œuvre et de l'interprète, de la création et du respect, parce que l'« indifférence », en détachant de toutes les déterminations particulières, permet de retrouver leur source toujours offerte.

Il faut « savoir posséder », ne pas brusquer l'avenir et bousculer l'ordre du temps. En chaque instant de l'œuvre, l'actualité joint le présent et l'éternité parce que la cohérence de la durée musicale dérive d'un choix intemporel bien qu'éprouvé temporellement. L'œuvre musicale naît continuellement de son propre succès : le temps devient ainsi le lieu de toute possession, renouvelant sans cesse ce que nous avons sans jamais nous le faire perdre. Pour la musique il n'existe jamais d'objet, mais l'activité dans son acte de présence. La musique n'existe pas en dehors de cet acte qui, indivisiblement, la crée et l'accomplit.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Contribution à l'étude de l'apraxie idéo-motrice. A propos d'un cas d'apraxie gauche, avec mouvements rythmiques des extrémités gauches, de marche ascendante, par J. MUSSIO-FOURNIER, F. RAWAK et J.-T. FISCHER (Travail de l'Institut d'Endocrinologie de Montevideo. *Revue Neurologique*, 1939-1940, n° 7).

MM. J. Mussio-Fournier, F. Rawak et J.-T. Fischer rapportent et discutent une intéressante observation d'apraxie associée à de la catalepsie et à des mouvements involontaires alternatifs répétés de flexion et d'extension

avec irradiation ascendante dans les membres atteints d'apraxie idéomotrice, chez un homme de 22 ans. Le sujet présenta pour la première fois à l'âge de 20 ans, deux attaques d'épilepsie avec convulsions généralisées. Outre l'apraxie idéomotrice gauche typique, il existe aussi une apraxie constructive (Kleist) presque absolue du côté gauche et assez marquée du côté droit. La catalepsie prédomine manifestement du côté gauche où s'observent également les mouvements alternatifs.

Les auteurs concluent à l'existence d'une double lésion cérébrale avec foyer étendu dans le lobe pariéto-occipital droit et intéressant le corps calleux et avec foyer restreint du côté gauche. L'encéphalographie l'a confirmé en révélant une hydrocéphalie bilatérale avec prédominance à droite. L'évolution par début brusque, la symptomatologie, un liquide céphalo-rachidien xanthochromique, permettent de penser à une hémorragie cérébro-méningée. Les auteurs expliquent l'association de l'apraxie avec d'autres troubles de la motilité par l'étendue de la lésion anatomique, lésion localisée dans le lobe pariétal droit (chez un ambidextre) et s'étendant jusqu'au lobe occipital, comme le montrent d'autres symptômes et, particulièrement, l'hémianopsie.

Les troubles agnosiques sont trop peu importants ici pour expliquer la multiplicité des troubles constructifs. Les auteurs pensent, d'ailleurs, que la proximité des centres de l'apraxie et de l'agnosie pourrait expliquer pourquoi, dans la majorité des cas, les symptômes s'entremêlent sans que les phénomènes de l'un aient à expliquer les phénomènes de l'autre.

René CHARPENTIER.

Convulsions infantiles et épilepsie. Leurs relations, par Louis MARCHAND. (*Archives internationales de Neurologie*, n° 3, p. 51-78, mars 1940).

M. Marchand ne reconnaît aucun symptôme de certitude pour la transformation des convulsions infantiles en épilepsie. Celles des lésions cérébrales organisées sont déjà de l'épilepsie ; celles des lésions aiguës peuvent devenir comitiales au cours de l'évolution cicatricielle. Le spasme du sanglot est à distinguer de la spasmophilie et de la tétanie. Ces deux derniers syndromes, à condition que leur sens soit limité aux perturbations biologiques qu'ils expriment, n'ont pas de rapports fixes avec l'épilepsie de l'adulte. Ces états convulsivants, de même que les crises hyperpyrétiques, celles des fièvres éruptives, des otites, des éruptions dentaires, des états toxiques, etc., paraissent sans gravité pour l'avenir. Toutefois ces considérations n'ont rien d'absolu. Le pronostic s'appuiera sur un examen complet, sur la précocité et la répétition des convulsions, sur l'hérédité, les traumas antérieurs et l'ensemble des signes de déséquilibre et d'insuffisance neuro-psychiques.

P. CARRETTE.

Remarques sur l'étiologie de l'épilepsie, par Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET (*La Presse médicale*, 30 avril-3 mai 1941).

D'une étude étiologique portant sur 200 cas de mal comitial observés dans une consultation hospitalière, MM. Ch. Pagniez et A. Plichet tirent les conclusions suivantes : si la maladie apparaît le plus souvent entre 10 et

20 ans, son apparition est fréquente de 20 à 30 ans. Le début tardif est loin d'être exceptionnel : 15 0/0 des cas observés ont eu leur début après la trentième année. Le nombre de cas relevés entre 31 et 40 ans est le même que celui relevé entre 6 et 10 ans.

Dans 18,5 des cas, l'étiologie traumatique a pu être considérée comme probable. Les tumeurs cérébrales se présentent rarement avec la crise d'épilepsie comme unique symptôme. La proportion, chez les épileptiques, d'antécédents d'otite suppurée avec ou sans mastoïdite, mérite d'être signalée.

Les résultats obtenus dans la recherche de la syphilis confirment l'opinion de beaucoup de neurologistes, pour qui le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'épilepsie est tout à fait secondaire : s'il est quelquefois certain, cela n'est pas moins exceptionnel. Cette constatation explique les échecs de la thérapeutique spécifique. Dans cette forme de syphilis qu'est la paralysie générale s'observent assez souvent des crises épileptiformes dont certaines ont pu être considérées, par quelques auteurs, comme une complication de la malariathérapie.

MM. Ph. Pagniez et A. Plichet ont observé peu de cas d'épilepsie réflexe. Quelques cas paraissent en rapport probable avec une irritation pleurale. Contrairement à une opinion très répandue, l'épilepsie parasitaire chez l'homme est tout à fait exceptionnelle. Ils n'ont rencontré l'étiologie toxique que dans l'alcoolisme, où l'on sait sa fréquence et, exceptionnellement, dans l'ingestion de camphre monobromé, à dose rigoureusement thérapeutique.

Dans les observations où les circonstances cliniques permettaient de penser à cette possibilité, l'hypoglycémie n'a pu être mise en évidence dans aucun cas. Les observations concernant les rapports des crises avec les phases de l'activité génitale de la femme restent conformes aux données classiques.

Restent les cas dits d'épilepsie essentielle dans lesquels ni l'examen neurologique, ni l'enquête humorale, ni l'analyse anamnestique rigoureuse n'apportent aucun renseignement étiologique. Et la variabilité des conditions étiologiques, de leur intensité, ramène à cette notion, aujourd'hui expérimentalement confirmée chez l'animal, de la prédisposition. En pathologie humaine les données récentes de l'électroencéphalographie permettent d'espérer, pour un avenir prochain, voir s'éclaircir et se préciser un problème étiologique encore bien obscur.

René CHARPENTIER.

L'épilepsie narcoleptique, par L. MARCHAND et J. AJURIAGUERRA (*Paris-médical*, 28 septembre 1941).

Soulignant les ressemblances qui existent entre le syndrome de Gélinau et la cataplexie, MM. L. Marchand et J. Ajuriaguerra rappellent que certains auteurs au nombre desquels Gélinau ont même considéré la cataplexie comme une variété de narcolepsie. Après avoir signalé ailleurs (1) l'existence de manifestations cataplectiques épileptiques, ils étudient dans ce

(1) L. MARCHAND et J. AJURIAGUERRA. — L'épilepsie cataplexique ; les accidents épileptiques avec perte du tonus musculaire. *Annales Médico-Psychologiques*, mai 1940.

mémoire les accès narcoleptiques de nature épileptique, ajoutant aux cas antérieurement publiés par divers auteurs 5 observations personnelles.

Résumant ensuite les arguments donnés par ces différents auteurs, pour ou contre une relation entre les crises narcoleptiques épileptiques et les crises de narcolepsie pure, ils indiquent les éléments qui, d'après leurs observations personnelles, permettent de différencier ces états dont les principaux symptômes sont identiques. Le retour périodique des accidents, leur début brusque, l'obscurcissement ou la perte de la conscience, la durée courte ou prolongée de la crise s'observent dans les deux cas. Certains symptômes prémonitoires (choc émotif, mouvements convulsifs, spasmes, manifestations hyperkinétiques, état confusionnel post-paroxystique) permettent même un rapprochement. Mais il doit être tenu compte de l'âge auquel apparaissent les accidents, des particularités de chacun des symptômes observés, des autres accidents présentés par le sujet, de son comportement dans l'intervalle des accès, de ses antécédents personnels et héréditaires.

MM. L. Marchand et J. Ajuriaguerra font remarquer que les crises de narcolepsie pure idiopathique sont très rares, alors que fréquents sont les accidents épileptiques épisodiques avec torpeur. Ils ajoutent que la narcolepsie pure et la cataplexie sont généralement associées, tandis que la cataplexie épileptique, très fréquente, est rarement associée à une crise de sommeil. En général, concluent-ils, la constatation du moindre signe permanent d'organicité, les caractères du sopor et de sa durée, les antécédents personnels des sujets permettent le diagnostic des divers états narcoleptiques épileptiques, lesquels doivent être séparés des accès de narcolepsie pure.

René CHARPENTIER.

La maladie de Raynaud en tant que syndrome végétatif, par Auguste MEYER (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, pages 261-276.

A la suite des travaux des dernières dizaines d'années, la notion de névrose organique, s'appliquant aux troubles auxquels on ne trouve pas de cause organique proprement dite, a de plus en plus pris corps. Etant donnée l'interdépendance de tous les organes, il est peu probable qu'un trouble nerveux fonctionnel atteignant un organe puisse se développer de façon isolée. D'autre part, le système sympathique et para-sympathique peut présenter des phénomènes fonctionnels pathologiques dont les répercussions sur les différents organes doivent être qualifiées de névrose dans le sens le plus étroit du mot.

Dans le groupe des névroses trophiques, on rencontre, d'une part, les formes atteignant un système organique, par exemple les dystrophies musculaires, et, d'autre part, celles qui provoquent un trouble trophique des parties périphériques du corps comme la sclérodermie et la maladie de Raynaud. Dans un cas étudié par l'auteur, sont notés trois groupes de symptômes : 1° le trouble vaso-moteur classique du syndrome de Raynaud ; 2° une dilatation idiopathique de l'œsophage ; 3° différents signes d'une stigmatisation végétative générale.

La maladie de Raynaud doit être probablement placée dans le groupe des affections résultant d'une carence de vitamine B, et sa pathogénèse rattachée à un trouble du système nerveux para-sympathique. On peut peut-être consi-

dérer la maladie de Raynaud comme une achalasie des plus fines artérioles, des vaisseaux capillaires, et comme une sympathicotomie secondaire due à l'insuffisance fonctionnelle de la circulation périphérique.

O.-L. FOREL.

De la vie végétative des nerfs périphériques d'après l'observation chirurgicale, par René LERICHE (*La Presse médicale*, 17 juin 1941, .

Il existe une physiologie des nerfs périphériques que l'électrophysiologie ne nous exprime que partiellement et dont la seule observation clinique peut fournir les éléments essentiels. Des faits très intéressants recueillis et cités par le Professeur René Leriche résultent certaines acquisitions qui ne s'accordent pas toutes avec ce que nous apprend l'électrophysiologie.

Pour que la conductibilité se fasse, il ne suffit pas qu'un nerf soit intact, il est nécessaire qu'il soit dans un certain état de tension mécanique. Si cette tension est satisfaisante, le nerf peut être refoulé, allongé, déplacé, à condition que ce soit de façon lente et progressive, sans que la conductibilité soit modifiée. La perte de la conductibilité apparaît à la fois comme un phénomène mécanique et fonctionnel.

Une série de faits montre que la condition circulatoire du nerf a une influence considérable sur son fonctionnement. Un certain degré d'ischémie diminue et même supprime la conduction nerveuse. Cliniquement, il y a perte de la conductibilité quand il y a ischémie du nerf. Pour que le mouvement volontaire s'effectue, il ne suffit pas que nerfs et muscles soient intacts, il faut encore que la circulation du muscle et du nerf soit suffisante. Et rien n'établit mieux l'influence de l'équilibre circulatoire sur la conductibilité nerveuse que l'étude des effets des infiltrations anesthésiques du sympathique ganglionnaire, toutes les anesthésies sympathiques amenant de la vaso-dilatation. Dans le « syndrome du neurogliome » (René Leriche) l'anesthésie du sympathique, en changeant la vascularisation périphérique au niveau des nerfs et des muscles, réduit immédiatement à son état primitif le déficit moteur et sensitif.

L'ischémie relative n'est pas seule à troubler la sensibilité et la motricité. Les irritations traumatiques répétées arrivent à produire des paralysies et des anesthésies douloureuses qui semblent évoluer avec de la congestion passive locale du nerf intéressé.

Chez certains blessés de guerre présentant un syndrome de section complète ou incomplète, le professeur René Leriche signale avoir trouvé à l'opération un nerf mou et comme aplati sans que la découverte large du nerf ait permis de trouver trace d'un traumatisme direct. Dans ces cas d'interprétation difficile et qu'améliorent les anesthésies sympathiques, il semble que l'ébranlement causé par le passage du projectile dans le voisinage produise dans la substance même du nerf, myéline et cylindraxe, des destructions définitives.

Tous ces faits qui, joints aux notions sur les influences chimiques et hormonales générales, sur la conductibilité, sont de nature à nous éclairer sur la vie végétative des nerfs, se situent à la limite du trouble fonctionnel et de l'état anatomique. C'est toute une partie de l'important problème de la douleur et de son traitement, problème sur lequel tous connaissent les remarquables travaux du Professeur René Leriche. ,

René CHARPENTIER.

Hyperostose frontale interne familiale. Considérations sur le syndrome de l'hyperostose frontale interne, par R. de MONTMOLLIN, médecin-adjoint à la Clinique psychiatrique de l'Université de Genève (Directeur : Prof. F. MOREL). *Revue Neurologique*, janvier-février 1941).

A propos d'une double observation (d'une mère et de sa fille), du syndrome de Morel, syndrome d'hyperostose frontale interne avec adipose et troubles cérébraux (1930), l'auteur met en lumière le caractère d'affection familiale ou héréditaire, présenté dans ces cas par le syndrome, et la nature d'altérations cutanées, également héréditaires, compliquant ce syndrome (tumeurs bénignes multiples à type de verrues séborrhéiques).

De gravité et d'importance variables, les troubles mentaux que l'on peut observer ont, dans certains cas, un aspect tout à fait particulier qui les distingue nettement de ceux des états de sénilité.

Le syndrome de Morel serait conditionné par des troubles synergiques neuroendocriniens, intéressant à la fois le diencéphale, l'hypophyse et d'autres glandes endocrines, les modalités cliniques diverses étant sous la dépendance de l'importance relative de l'un ou de l'autre de ces troubles.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des hémorragies méningées non traumatiques, par Clovis VINCENT (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 juillet 1941).

En dehors des cas d'hémorragie méningée survenant chez un jeune sujet, et en rapport avec des angiomes artériels, il peut exister des hémorragies méningées récidivantes dues à de petits anévrysmes dits congénitaux, appendus comme de petits sacs au système carotidien, très différents des anévrysmes volumineux du sinus caverneux. M. Clovis Vincent en rapporte un cas chez une malade de 50 ans, guérie par une opération décompressive, conservant seulement du ptosis à droite et une légère paralysie de la main droite.

M. Clovis Vincent insiste sur l'importance du diagnostic de ces anévrysmes que décèle l'artériographie. Grâce à l'opération décompressive, le pronostic en est beaucoup moins grave qu'on ne le croit.

René CHARPENTIER.

Les réactions de la tige cérébrale au cours des hématomes traumatiques intra-craniens, par Marcel ARNAUD, J.-E. PAILLAS et GOUJOUX (de Marseille). *La Presse médicale*, 21-24 mai 1941).

Etude analytique, syndromique et physio-pathologique portant sur 21 cas d'hématome intracranien et dont les conclusions suivantes sont à retenir.

L'état appelé par les auteurs « intervalle libre » n'est bien souvent qu'apparent. Une séméiologie correcte met, en effet, en évidence, à ce moment, des petits signes neuro-psychiques qui traduisent la souffrance de la tige cérébrale.

Le pronostic de ces hématomes n'est pas uniquement commandé par la présence de l'épanchement sanguin périphérique, mais plus encore par des

lésions centrales plus discrètes, plus difficiles à découvrir, mais plus graves.

Aussi une thérapeutique limitée à la seule évacuation de l'hématome serait-elle très décevante. En même temps qu'il assure le traitement direct de l'hématome, le neuro-chirurgien doit s'efforcer de combattre les perturbations vasculaires de la tige cérébrale et l'œdème encéphalique.

R. C.

Œdème cérébro-méningé et œdème papillo-rétinien par hypertension artérielle, par Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et W. E. MAFFEI (*La Presse médicale*, 29 avril 1941).

L'œdème cérébro-méningé par hypertension artérielle doit prendre place à côté du ramollissement et de l'hémorragie cérébrale. Il s'accompagne d'un œdème papillo-rétinien relevant du même mécanisme physio-pathologique.

Rapportant l'observation anatomo-clinique (avec 14 fig.) d'un cas d'hypertension artérielle compliqué d'œdème cérébro-méningé et d'œdème papillo-rétinien avec hémorragies et taches blanches, MM. Th. Alajouanine, R. Thurel et W. E. Maffei montrent que c'est à la brusque augmentation de la circulation rétinienne qu'il faut attribuer l'œdème papillo-rétinien, les taches blanches qui ne sont que des transsudats et les suffusions hémorragiques d'origine artérielle. Ils réfutent les arguments invoqués à l'appui d'un processus toxique, y compris ceux qui reposent sur des constatations objectives.

Une autre observation apporte la preuve de la réalité des réactions vaso-motrices et de leur rôle dans la production de l'œdème cérébro-méningé et de l'œdème papillo-rétinien.

La généralisation des lésions à tout le système artériel et leur prédominance sur les petites artères se conçoit si l'on admet qu'elles sont secondaires à l'hypertension. L'artériosclérose ne serait pas la cause mais la conséquence de l'hypertension dont l'action mécanique, retentissant sur toute l'étendue du système artériel, atteint son maximum d'intensité sur les petites artères (à l'exception des vaisseaux des glandes à sécrétion interne dont l'autonomie fonctionnelle s'accompagne d'une structure histologique différente des vaisseaux capillaires qui sont des capillaires sinusoides).

René CHARPENTIER.

Polio-encéphalite chronique avec syndrome de Stokes-Adams, par M. DUVOIR, G. POUMEAU-DELILLE et VIVIEN (*Archives des maladies du cœur, Société française de cardiologie*, séance du 29 juin 1941).

Observation d'un malade de 21 ans, atteint depuis 7 ans d'ophtalmoplégie externe presque totale, et présentant, depuis 3 mois, un syndrome cérébelleux prédominant au membre supérieur gauche, une surdité complète et un syndrome de Stokes-Adams, avec dissociation auriculo-ventriculaire totale. Les auteurs concluent à l'existence d'une polio-encéphalite chronique dégénérative acquise avec syndrome de Stokes-Adams par dissociation auriculo-ventriculaire complète. Discussion du siège et de la nature des lésions.

R. C.

L'aréflexie tendineuse des membres inférieurs au cours des tumeurs cérébrales, par H. ROGER, J.-E. PAILLAS, M. SCHACHTER et J. BOUDOURESQUES (*Le Progrès médical*, n° 5-6, p. 89-93, 3 février 1940).

L'aréflexie dans les tumeurs cérébrales a des causes multiples, mais son intérêt dépasse néanmoins celui d'une simple revue générale symptomatique. A côté des causes de localisation qui sont évidentes, les auteurs font intervenir la sidération nerveuse au cours des tumeurs métastatiques, soit par le processus d'une véritable intoxication néoplasique, soit surtout par le blocage de l'hypertension ventriculaire, ou encore l'incoordination consécutive aux atteintes du tronc cérébral. La valeur pronostique du symptôme dépend de l'importance des signes associés.

P. CARRETTE.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'atrophie cérébelleuse et olivaire progressive associée à une atrophie du cortex cérébral, par Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jacqueline GODET-GUILLAIN (*Revue Neurologique*, janvier-février 1941).

Les auteurs, qui ont déjà publié deux cas d'atrophies cérébelleuses progressives non familiales, donnent la description anatomo-clinique d'un troisième cas présentant cette importante particularité de l'association aux lésions cérébelleuses de lésions du cortex cérébral.

Parmi les symptômes cliniques, très complexes, on note : un syndrome cérébello-ataxique, un syndrome pyramidal avec surréflexivité tendineuse et signe de Babinski bilatéral, un syndrome strié avec mouvements choréiques et athétosiques, myoclonies, exagération des réflexes de posture, et un syndrome démentiel. Dans les dernières années de la vie, la démence était complète avec agitation, gâtisme. La mort survint par cachexie progressive. Ces troubles psychiques, l'association d'un état démentiel à un syndrome cérébelleux progressif méritent de retenir l'attention.

Au point de vue anatomique, il s'agit d'une variété d'atrophie lamellaire dans laquelle la noxe pathologique, complètement inconnue, a frappé simultanément, mais avec inégalité, cervelet et complexe olivaire. Ces dégénérescences doivent être considérées comme associées, l'atteinte olivaire, par sa massivité, étant tenue comme prépondérante. L'extension exceptionnelle des lésions au niveau du complexe olivaire relève probablement d'un processus toxi-infectieux très actif qui atteint d'une manière diffuse toute la corticalité cérébrale, laissant les noyaux centraux indemnes.

Par son caractère abiotrophique pur, ce tableau lésionnel se distingue nettement de l'atrophie cérébelleuse à foyers nécrotiques disséminés décrite en 1929 par MM. Georges Guillaumin et Ivan Bertrand.

René CHARPENTIER.

Sur la méningite cérébro-spinale du nourrisson, par H. GRENET, J. MILHIT et M^{me} AUPINEL-TAVERNIER (*Paris-Médical*, décembre 1940).

Les auteurs ont observé, au cours de l'hiver 1939-1940, 18 cas de méningite cérébro-spinale chez des nourrissons. Ils n'ont observé de signes méningés que dans 50 0/0 des cas, la tension des fontanelles que dans 70 0/0 des cas. L'aspect clinique fut très divers : formes hyperesthésiques, gastro-intestina-

les, éclamptiques, articulaires et même une forme pseudo-péritonéale et une forme associée à un épisode pulmonaire aigu. Les formes convulsives sont les plus caractéristiques.

Après traitement par le sérum associé aux sulfamides (1162 F) à doses progressivement diminuées selon les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien, la guérison fut obtenue dans 16 cas sur 18.

R. C.

Un cas de myasthénie dite bulbo-spinale. Surfatigabilité pathologique et paralysie par épuisement, par J.-A. CHAVANY (*La Presse médicale*, 23-26 juillet 1941).

A propos d'une observation de myasthénie ou maladie d'Erb-Godtfram chez un homme de 32 ans, M. J.-A. Chavany fait remarquer que ce cas s'apparente à une intéressante observation publiée par H. Schaeffer (*La Presse médicale*, 2 mars 1935), et est également en faveur d'une parenté possible entre les paralysies oculaires périodiques et la myasthénie.

Il signale également l'influence néfaste des états infectieux intercurrents sur l'évolution de la myasthénie et la possibilité de rémission spontanées post-thérapeutiques de plus ou moins longue durée.

Il préconise une thérapeutique mixte dans laquelle prostigmine, éphédrine et glycofolle sont administrées conjointement. Il ne s'agit que d'un traitement symptomatique assurément, mais l'affection étant surtout gênante par ses manifestations fonctionnelles, le soulagement symptomatique revêt ici une importance particulière.

René CHARPENTIER.

A propos d'un cas de maladie de Werdnig-Hoffmann, par ANDRÉ-THOMAS (*La Presse médicale*, 20-23 août 1941).

Si la poliomyélite antérieure aiguë de l'enfance, maladie infectieuse neurotrophe, à début brusque, est fréquente, exceptionnelle est dans l'enfance la poliomyélite antérieure chronique, maladie constitutionnelle et familiale, à installation progressive, décrite par Werdnig (1891) et Hoffmann (1892), et qui se rapproche de la poliomyélite antérieure de l'adulte.

M. André-Thomas en présente un cas chez un enfant de 4 mois 1/2, de sexe masculin, dont 2 ans auparavant est morte une sœur, atteinte au même âge de la même maladie congénitale. L'évolution de cette affection est, en effet, constamment progressive et la mort survient dans des délais plus ou moins rapides selon les cas.

Les analogies entre cette maladie et la myotonie sont telles que l'identité des deux affections a été admise par plusieurs auteurs. On a publié des observations de familles dans lesquelles étaient signalés à la fois des cas de myotonie et des cas de maladie de Werdnig-Hoffmann. Si les ressemblances entre les deux affections paraissent l'emporter sur les dissemblances, il est cependant prudent, conclut M. André-Thomas, de s'abstenir de toute affirmation définitive au sujet de leur degré de parenté. Le facteur étiologique reste inconnu et le pourcentage des sujets atteints dans une même famille est souvent très élevé (6 sur 14 dans une famille observée par Hoffmann, 3 sur 6 dans celle étudiée par Sevestre).

René CHARPENTIER.

Hémiplégie spinale et staphylococcémie, par Henri SCHAEFFER, médecin de l'hôpital Saint-Joseph (*La Presse médicale*, 16-19 juillet 1941).

M. Henri Schaeffer rapporte l'intéressante observation anatomo-clinique d'une femme de 66 ans qui, à la suite d'un abcès tubéreux de l'aisselle, fit une septicémie à staphylocoques et, deux mois après la guérison spontanée de ce premier épisode septicémique, en fit un second qui se termina en dix jours par la mort, et fut caractérisé par une staphylococcémie à forme typhoïde, avec hémiplégie droite à type spinal. Les lésions inflammatoires de la moelle expliquent l'hémi-parésie droite et le signe de Babinski du côté gauche.

L'examen histologique a montré dans la moelle cervicale inférieure, au niveau du renflement cervical, mais de façon plus discrète, dans la région cervicale supérieure et dans le renflement lombaire, des nodules inflammatoires, des abcès miliaires histologiques, prédominant nettement dans le cordon latéral et davantage à droite qu'à gauche. Les altérations inflammatoires analogues existaient dans le foie et les reins.

L'auteur fait remarquer le caractère exceptionnel d'un syndrome neurologique, hémiplégie spinale dans ce cas, en rapport avec une lésion non suppurée du système nerveux par voie sanguine.

Une thérapeutique intensive (sulfamides et anatoxine) lors du premier épisode septicémique, n'aurait sans doute pas laissé subsister le microbisme latent qui se réveilla deux mois après une guérison apparente. L'évolution foudroyante des accidents au cours du second épisode (la malade mourut le troisième jour de l'hospitalisation) ne permit pas alors de faire une thérapeutique effective.

René CHARPENTIER.

Sur un nouveau cas de paraplégie scoliotique, par Henri SCHAEFFER, médecin de l'hôpital Saint-Joseph (*La Presse médicale*, 25 février 1941).

S'il est vrai que la plupart des déviations pathologiques du rachis, même celles qui s'installent rapidement, ne s'accompagnent en général d'aucun symptôme médullaire, une quarantaine d'observations publiées de paraplégies scoliotiques montrent qu'il n'en est pas toujours ainsi.

L'observation rapportée par M. Henri Schaeffer concerne un jeune homme de 24 ans, jusque-là bien portant, mais présentant une importante déformation du rachis chez lequel, en 2 ans, s'installa de façon sensiblement progressive, une paraplégie spasmodique. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré une importante dissociation albumino-eytologique sans signes de blocage. A l'opération, on trouva une cavité rachidienne de dimension normale, sans compression médullaire, mais la moelle, fortement appliquée sur les corps vertébraux par le feuillet postérieur de la dure-mère, très tendue, ne battait pas. Le trouble circulatoire était évident.

Dans les formes de cyphoscoliose avec parésie discrète des membres inférieurs, le repos et l'extension continue peuvent suffire à améliorer, et même à faire rétrocéder complètement les accidents. Le plus souvent le traitement chirurgical s'impose d'emblée. M. Henri Schaeffer estime que la laminectomie simple n'améliore pas les malades. Par contre, la laminectomie avec ouverture de la dure-mère sans suture lui paraît l'intervention indiquée. Elle peut permettre la guérison si elle n'intervient pas trop tard, à une

phase évolutive où il n'existe encore que des troubles circulatoires ou des altérations médullaires discrètes et réparables.

René CHARPENTIER.

Ossification des deux tendons d'Achille chez un tabétique, par WEISSENBACH et DI MATTEO (*Société française d'électrothérapie et de radiologie*, séance du 10 avril 1941).

Les auteurs présentent un malade atteint de tabes avec douleurs fulgurantes minimes et arthropathie du pied gauche. A la radiographie, les deux tendons d'Achille sont ossifiés. Cette ossification ne se traduit à la marche que par quelques craquements.

Réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, mais réflexes tendineux normaux.

R. C.

La forme acrodynique du syndrome de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, par Georges GUILLAIN et R. TIFFENEAU (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 13 mai 1941).

A côté des formes cliniques (forme spinale, forme mixte spinale et mésocéphalique, forme mésocéphalique pure, forme avec troubles mentaux) antérieurement connues du syndrome de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique, MM. Georges Guillain et R. Tiffeneau décrivent une nouvelle forme à laquelle ils proposent de donner le nom de « forme acrodynique infantile » et dont le pronostic est favorable.

Dans les états considérés comme des cas d'acrodynie avec paralysies des membres, ils recommandent donc de faire des examens méthodiques et complets du liquide céphalo-rachidien. C'est ainsi que dans un cas observé par eux à la Salpêtrière chez un jeune enfant, et malgré la gravité apparente de l'état, les auteurs ont pu prévoir une guérison qui fut obtenue complète en cinq mois.

R. C.

Algies rachidiennes et décalcification, par J.-A. CHAVANY. (*Le Progrès médical*, n° 15-16, p. 321, 13 avril 1940).

Les données radiologiques seules peuvent asseoir le diagnostic de certaines algies rachidiennes, généralement lombaires ou dorso-lombaires. Elles impliquent une thérapeutique étiologique comprenant une diététique appropriée, l'administration de sels de calcium et de vitamine D.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Le « trou » de Luschka, par R. THUREL (*Ann. d'anatomie pathologique, Société anatomique*, séance du 3 juillet 1941).

De l'étude histologique de 5 cas, M. R. Thurel conclut à l'inexistence des trous de Luschka. Les recessus latéraux du IV^e ventricule ne s'ouvrent pas

dans les espaces sous-arachnoïdiens de la base ; ils sont fermés par une membrane de structure nerveuse, tapissée intérieurement par l'épithélium épendymaire et recouverte extérieurement par la pie-mère.

Pour motiver l'hydrocéphalie obstructive, il n'y a donc pas lieu d'incriminer, en plus de l'obstruction du trou de Magendie, l'obstruction des « trous » de Luschka. Il ne peut y avoir de prolongements extraventriculaires des plexus choroïdes et il serait sans raison d'attribuer à l'hyper-sécrétion des plexus choroïdes les collections liquides de l'angle ponto-cérébelleux.

R. C.

Tumeurs cérébrales métastatiques, par M. MINKOWSKI (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, 1941, pages 41 à 148.

L'attention de l'auteur a été attirée, en 1939, par le curieux cas d'une tumeur cérébrale qui avait été considérée comme primaire et opérée alors qu'il s'agissait, en réalité, d'une sinon de plusieurs métastases cérébrales survenues à la suite d'un cancer de l'estomac. Des cas de ce genre sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit communément. Dans un très important travail de plus de 140 pages, avec 34 figures, le Professeur M. Minkowski étudie 17 cas observés par lui à la polielinique pour malades nerveux et mentaux et à l'Institut d'anatomie cérébrale de Zurich. Ses observations très fouillées présentent un grand intérêt.

Parmi ces 17 malades, 13 présentent des métastases de la masse cérébrale même, 1 une métastase de la dure-mère, 1 une sarcomatose diffuse des leptoméniges et 2 des métastases de l'ossature du crâne. La localisation de la tumeur primaire donne : 1 cancer du cardia, 1 cancer du pancréas, 1 cancer du rectum, 5 néoplasmes des bronches, 1 cancer du sein, 1 cancer de l'utérus, 1 cancer de la prostate, un cas d'adénocarcinome de la thyroïde, un sarcome du pubis et de l'ischion, un cas de dégénérescence maligne d'un névus pigmenté du bras. Dans nombre de cas, les manifestations de la tumeur cérébrale précédèrent celles de la tumeur primaire.

L'auteur fait une intéressante discussion de ce problème : comment les cellules tumorales parviennent-elles de la tumeur primaire au cerveau ?

Au point de vue thérapeutique, on ne doit pas, de prime abord, renoncer aux chances d'une intervention opératoire cérébrale. La décision sera prise après examen attentif de tous les éléments du problème et, dans certains cas, il s'agira d'éliminer en premier lieu la tumeur primaire.

O.-L. FOREL.

Du substratum anatomique dans le syndrome de Korsakoff, par Ladislaus BENEDEK et Adölf JUBA (de Budapest). (Communication préliminaire). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, 1941, pages 178-185.

La recherche d'une localisation des différentes fonctions neuro-physiologiques du cerveau se heurte souvent à bien des difficultés, surtout lorsqu'il s'agit des rapports réciproques entre les manifestations psychiques hétérogènes et l'organe central,

Ce travail a trait à la corrélation anatomique du syndrome d'amnésie quant au temps sur la base de trois cas intéressants tant au point de vue anatomique que clinique et dont la localisation donne lieu à des conclusions précises.

Si l'on compare les symptômes cliniques de ces cas aux constatations histopathologiques correspondantes, on aboutit au tableau classique du syndrome de Korsakoff. L'observation clinique et histologique permet de conclure que, d'une part, les troubles du sommeil et, d'autre part, le syndrome d'amnésie quant au temps, doivent être localisés dans différentes parties du diencephale et, en particulier, dans la paroi du troisième ventricule, soit dans l'éminence mamillaire. Toutefois, d'après certaines expériences, le point de vue de Kleist et Grunthal, relatif à une localisation aussi nette, ne peut être défendu de façon absolue.

O.-L. FOREL.

Lésions organiques cérébrales au cours de l'urémie, par Friedrich HILLER et Eugénie MICHALOVICI (de Genève). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, 1941, pages 203-214).

Les manifestations cérébrales dues aux lésions rénales sont extrêmement polymorphes et leur pathogénèse n'a été que partiellement établie. Les auteurs rapportent un cas d'urémie vraie, chez un jeune homme de 26 ans, brightique depuis plusieurs années, et dont la mort survint après une hémiplegie droite, une paralysie faciale gauche et des contractions musculaires localisées à la face. L'autopsie révéla un gros foyer mal délimité dans la substance blanche frontale et temporale gauche.

A l'examen microscopique, il s'agissait d'une altération mixte, toxique aussi bien que circulatoire, réalisant dans son ensemble le tableau d'un ramollissement incomplet caractérisé par son insuffisance de névroglie et par ses nombreuses hémorragies annulaires. L'œdème généralisé du cerveau se trouvait accentué dans le foyer et autour de ce foyer. Excluant une étiologie lésionnelle organique vasculaire, ainsi que le spasme, les auteurs considèrent que la localisation du foyer, de même que l'état des vaisseaux à l'intérieur et au-dessus de celui-ci, prouvent que ce foyer est dû à une stase sanguine, surtout veineuse.

Ils concluent que ce cas démontre que les complications cérébrales de l'urémie, même les paralysies, peuvent se produire en dehors de toute lésion vasculaire, soit par artériosclérose, soit par angiospasme. L'œdème cérébral, produisant une stase sanguine et des thromboses peut, à lui seul, déterminer des lésions nerveuses ischémiques.

René CHARPENTIER.

Etude numérique de la macroglie, de la microglie et de l'oligodendrogliose dans la paralysie générale, par Ferdinand MOREL et Rami DUMAN (de Genève). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, 1941, pages 276-287).

Si les altérations pathologiques de la forme des éléments de la névroglie ont été bien étudiées, il n'en est pas de même des modifications du nombre de ces éléments. Les opinions des auteurs sont, sur ce sujet, assez contradictoires,

Étudiant les cerveaux de 31 malades atteints de paralysie générale, MM. E. Morel et R. Duman ont procédé à de très nombreuses numérations sur des coupes de 10 millièmes de millimètres d'épaisseur en projetant sur chaque couche corticale explorée un réseau micrométrique. L'aire choisie, pour rester dans des conditions absolument comparables, fut l'aire FDM d'Economo, et cela pour chacune des couches I, II, IIIA, IIIB, IV, V, VI, et la substance blanche immédiatement sous-corticale.

Examinant la macroglie (astrocytes), selon la méthode de Globus légèrement modifiée, ils ont constaté que si l'hypertrophie des astrocytes est constante dans la paralysie générale, leur hyperplasie n'est pas constante.

Pour la microglie, ils se sont servis de la méthode de Del Rio Hortega légèrement modifiée. Les chiffres indiquent en moyenne une augmentation du simple au double dans la paralysie générale par rapport à ceux obtenus dans l'alcoolisme chronique et la démence sénile. Et si le nombre des éléments névrogliques ne varie guère d'une couche à l'autre, il n'en est de même ni de leur taille, ni de leur forme, ni de leur orientation. Il n'a pas été constaté de parallélisme entre les variations du nombre des cellules microgliales et celui des cellules macrogliales.

Malgré les difficultés de numération que représente l'inégale distribution des éléments oligodendrogliques, numération faite sur les préparations microgliales et vérifiée selon la méthode de Nissl, les auteurs ont toujours constaté une augmentation de nombre en progressant vers la profondeur de l'écorce, augmentation brusque, considérable, au passage de la VI^e couche à la substance blanche.

Des courbes reproduisant ces variations permettent de se rendre compte des résultats obtenus par les auteurs, résultats qu'ils ont pu comparer à ceux qu'ils ont obtenus dans 4 cas de sclérose corticale laminaire alcoolique. Mais les points de comparaison manquent encore, qui permettraient de savoir si de telles courbes ont des caractères propres à la paralysie générale.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'histopathologie des scléroses diffuses, par Gerhard WEBER (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, 1941, pages 288-307.

La notion des scléroses diffuses du cerveau est due à Strumpell qui désignait par là un tableau anatomo-pathologique se distinguant par un durcissement et une modification de la consistance de tout le cerveau ou de sa plus grande partie. M. G. Weber a étudié un cas de sclérose diffuse présentant une évolution inusitée et un status anatomique particulier. Diagnostic anatomo-pathologique : sclérose diffuse avec démyélinisation prononcée et sclérose du cervelet, des ganglions de la base et du pont de Varole (cliniquement : oligophrénie). Le malade, âgé de 28 ans, est décédé à la suite d'une pneumonie avec infarctus ; il n'avait jamais présenté de symptômes neurologiques apparents.

Au point de vue microscopique : démyélinisation circonscrite, partiellement assez prononcée, et prolifération de la névroglie protoplasmique. Ce status parle en faveur d'une sclérose diffuse du cerveau, à peine progressive, et datant de la première jeunesse du sujet.

A l'autopsie, on constata une hypoplasie des surrénales, décrite à plusieurs reprises dans des cas de sclérose diffuse. Le processus cérébral indique une oligophrénie avec états d'irritabilité.

O.-L. FOREL.

Le phénomène de l'enrobage amyloïde dans la dégénérescence dite fibrillaire d'Alzheimer, par P. DIVRY (de Liège). *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, juillet 1940.

En décrivant la dégénérescence particulière des cellules nerveuses à laquelle son nom a été attaché, Alzheimer la considérait comme résultant d'une altération toute spéciale du réseau fibrillaire intracellulaire. Pour Simchowicz, les fibres de la dégénérescence d'Alzheimer se trouvent en dehors de la cellule nerveuse et non dans son intérieur. A la suite de recherches histo-chimiques sur le cerveau sénile, M. P. Divry a confirmé cette opinion et montré que la dégénérescence d'Alzheimer est l'expression morphologique d'une amyloïdose des cellules nerveuses. Il précise aujourd'hui, à l'aide de préparations de cerveaux séniles particulièrement riches en figures d'Alzheimer et dont il apporte ici sept planches, que la dégénérescence d'Alzheimer est l'expression morphologique d'un enrobage des cellules nerveuses par la substance amyloïde et parfois d'un précipité de cette substance à l'intérieur des cellules, sous forme de productions massives.

En thèse générale, conclut M. P. Divry, l'amyloïde montre une affinité particulière pour les surfaces des éléments figurés du tissu qu'elle envahit : elle tend à les encercler, à les tapisser, à les enrober. A part quelques exceptions, elle représente un processus essentiellement interstitiel.

René CHARPENTIER.

Cébocéphalie mineure, contribution à l'étude des Cyclopes (Ceboccephalia minor, beiträg zur kenntnis der cyclopien), par Cornelius DE LANGE (d'Amsterdam). *Acta psychiatrica et neurologica* 1940, t. XV, p. 299-336, Copenhague.

La cébocéphalie, terme le plus atténué de la série des monstres cyclocéphales, comporte deux cavités oculaires très proches, une cavité nasale unique. Il s'agit ici d'un cas « mince » avec ébauche de septum nasal. L'enfant, décédé à 2 mois, avait en outre un double colobome, une aplasie de la 7^e et 8^e vertèbres dorsales, un trou de Botal persistant.

L'aplasie cérébrale est très marquée, les hémisphères forment un fer à cheval aplati, découvrant le cervelet ; cependant, les ventricules cérébraux sont pairs dans leur portion frontale. Il existe de nombreuses malformations structurales : aplasie du corps calleux, des couches granulaires de l'écorce, absence des cellules de Betz, des fibres médullaires ; les corps striés se réduisent à une petite masse ganglionnaire ; le toit du 3^e ventricule forme un sac kystique ; par contre la corne d'Ammon, les noyaux rouges, la substance noire, le système olivaire inférieur sont hypertrophiés.

L'auteur se rallie à une théorie génétique des cyclopes, basée sur des troubles de la division des chromosomes.

J. VIÉ.

BIOLOGIE

Influence des affections hépatiques sur l'élimination de la phénolsulfonephthaléine, par PASTEUR VALLERY-RADOT, Maurice ROUX et Paul MILLIEZ (*La Presse médicale*, 2-5 octobre 1940).

Les résultats des recherches des auteurs montrent que, chez les hépatiques, l'épreuve de la phénolsulfonephthaléine peut être troublée. Ils ont presque toujours observé une augmentation de l'élimination dans les ictères et dans les cancers secondaires du foie ; dans les cirrhoses et dans les hépatomégalies avec insuffisance hépatique, les chiffres sont très variables. Aussi, l'épreuve de la phénolsulfonephthaléine ne doit-elle pas être utilisée chez les rénaux ayant des troubles hépatiques, car les chiffres obtenus ne renseignent pas sur le fonctionnement rénal.

R. C.

Variations de la glutathionémie au cours du choc insulinique dans le traitement de la démence précoce, par LAIGNEL-LAVASTINE, M^{lle} Yvonne BONNARD, M. BOUVET et J. ASUAD. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, T. CXXIII, n° 19 et 20, p. 439-444, 28 mai 1940).

Dans des cas favorables il semble que la régulation du métabolisme général retrouve une souplesse suffisante pour maintenir une glutathionémie constante en période de choc insulinique. Le retour de l'équilibre neuro-végétatif normal apparaît donc comme un facteur capital de l'activité psychique.

P. CARRETTE.

Recherches comparatives sur les modifications du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les divers états mentaux, par H. CLAUDE. (*Clinique et Laboratoire*, n° 4, p. 73-79, mai 1941).

Les travaux du professeur H. Claude et de ses collaborateurs sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les psychoses ont un grand intérêt étiologique et pathogénique. Ils contribuent à préciser la question des troubles du métabolisme azoté dans les syndromes mentaux organiques. Ils montrent l'influence de la défaillance hépatique, notamment dans les états confusionnels d'origine alcoolique, dans le sommeil cataleptique et la stupeur catatonique au cours de la démence précoce. Celle-ci est ainsi différenciée nettement des états schizophréniques vrais qui ne présentent pas de perturbations biologiques comparables.

P. CARRETTE.

La choline-estérase dans le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique chez l'homme, par Hans BIRKHAUSER (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, 1941, pages 185-191).

Tandis que certains auteurs, se servant de méthodes biologiques, ont constaté la présence de choline-estérase (ChE) dans le liquide céphalo-rachidien, d'autres n'en ont pas décelé.

Le présent travail indique le résultat obtenu par une méthode chimico-physique. Les chiffres mentionnés peuvent être considérés comme normaux, étant donné leur régularité.

Dans les cas de méningite, le taux de choline-estérase est nettement augmenté. L'augmentation se produit très vite après l'éclosion de la maladie. Dans les méningites épidémiques, le taux redevient rapidement normal ; il semble en être autrement dans la méningite tuberculeuse à cause de son évolution subaiguë. L'augmentation de la choline-estérase dans les méningites épidémiques et tuberculeuses est indépendante de la pléocytose concomitante.

Chez 18 schizophrènes, le taux moyen de la choline-estérase est supérieur à celui de 23 malades ordinaires.

D'une façon générale, on peut dire que, chez l'homme, le liquide céphalo-rachidien contient très peu de choline-estérase. C'est la première fois que, par une méthode physico-chimique, on l'a décelée, en indiquant une valeur moyenne par rapport à 23 liquides ordinaires.

O.-L. FOREL.

Les variations d'excitabilité nerveuse chez le rat carencé en aneurine (avitaminose B1), par M. Paul CHAUCHARD et M^{me} MAZOUÉ (*Société de Biologie*, séance du 8 février 1941).

Dans la polynévrite avitaminosique du rat, l'examen chromatique montre que les troubles nerveux sont d'origine centrale. A un premier stade, de dépression, succède un deuxième stade, d'hyperexcitation des centres,

R. C.

Règles pratiques de l'examen électro-encéphalographique des épileptiques, par A. BAUDOUIN. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*. T. CXXIV, n° 13 et 14, p. 399-403, 1^{er} et 8 avril 1941).

Les anomalies les plus saillantes de l'électro-encéphalogramme des épileptiques sont le ralentissement du rythme, l'exagération de l'amplitude et le « complexe pointe-onde ». La crise électrique répond à la crise clinique, mais il existe des variations électriques isolées que M. Baudouin a pu mettre en évidence. Pour les obtenir, il recommande l'enregistrement continu, multiple et simultané, l'amplification faible, l'examen dans le repos mental et sensoriel complet. Ces recherches sont complétées par la réaction d'arrêt par ouverture et fermeture des yeux et par l'épreuve de l'hyperpnée. L'épreuve est positive et d'autant plus nette qu'elle est pratiquée à un moment plus rapproché du paroxysme. Après l'accès, elle peut vérifier un diagnostic clinique contesté.

A la suite de cet exposé M. Laignel-Lavastine a déclaré avoir obtenu d'excellents électro-encéphalogrammes avec l'appareil de Lian-Minot modifié par adjonction d'un pré-amplificateur. La fixation d'une électrode centrale, et de deux électrodes successivement appliquées sur la tempe droite et gauche a permis de noter l'asymétrie des ondes de Berger et de confirmer le diagnostic clinique d'épilepsie bravais-jacksonienne.

P. CANRETTE.

La biochimie de l'épilepsie. Revue générale (The Biochemistry of Epilepsy. A. Review), par H. GOLDSTEIN et R. Mc FARLAND. (*The American Journal of Psychiatry*, T. XCVI, n° 4, p. 771-850, janvier 1940).

Les facteurs physiques et psychiques entrent en ligne de compte dans l'étiologie de l'épilepsie, mais l'importance relative de ces deux variables nous est encore inconnue. Les auteurs rappellent les nombreuses recherches biologiques effectuées un peu partout. Ils y ajoutent une contribution sérieuse : glycémie, réserve acide et alcaline, gaz du sang, calcémie et phosphore organique du plasma, variations des substances azotées, des lipoides, des chlorures sont notées avec toutes leurs alternatives cycliques, pré-post-inter- et paroxystiques. Ils tiennent compte aussi des modifications circulatoires imposées par les états émotifs, de l'équilibre hydrique, des perturbations des échanges par dysfonctionnement musculaire et respiratoire. Ils conseillent de pousser toujours plus loin ces investigations biologiques afin d'aboutir à des précisions étiologiques utilisables par une thérapeutique rationnelle.

P. CARRETTE.

Quelques recherches sur l'alcoolisme chronique, par LÉON BRUEL et Raoul LECOQ (*La Presse médicale*, 23-26 avril 1941).

Après un grand nombre d'observations et d'examen de laboratoire pratiqués chez des alcooliques chroniques hospitalisés pour des raisons diverses (un millier de cas répartis sur 3 années), les auteurs ont abouti aux conclusions suivantes :

Le rapport Cholestérol-Urée présente, dans le sang des alcooliques, une différentielle très forte, atteignant 10 et même 20 (avant les restrictions actuelles). L'élévation du taux de l'urée (lorsque celle-ci n'est pas liée à une néphrite) et l'abaissement de la réserve alcaline semblent présider aux accidents délirants graves, en particulier au delirium tremens.

Chez les malades sevrés d'alcool pris par ingestion, l'injection intraveineuse d'alcool éthylique dilué, neutre comme le veut le *Codex*, s'est révélée comme un redresseur rapide du taux de la réserve alcaline. Appliqué systématiquement chez les délirants aigus alcooliques par MM. Léon Bruel et Raoul Lecoq, ce traitement leur a permis d'obtenir, parallèlement à la montée de la réserve alcaline et sans aucune autre médication complémentaire, une régression rapide et totale des troubles mentaux.

La baisse de la réserve alcaline paraissant jouer un très grand rôle dans les délires aigus et les comas des intoxications exogènes ou endogènes, il y aurait lieu de combattre ce déséquilibre aussi activement que le toxique lui-même pour la prophylaxie et le traitement des délires aigus.

R. C.

Contribution à l'étude de la tuberculose par inoculation, par Hans GOOD-DAVOS (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, pages 191-203).

L'histologie de la tuberculose expérimentale du cerveau n'a pas donné lieu à de nombreuses publications, mais l'histogénèse des modifications cérébra-

les, dues à la tuberculose, chez les cobayes, a sans doute été étudiée, quoique l'infection cérébrale directe présente certaines difficultés.

Sur 30 cobayes inoculés, 27 n'ont présenté aucun symptôme réactionnel. La méthode employée a permis d'éviter une infection primaire des méninges. Une méningite s'est déclarée, au plus tôt, quatre semaines après l'inoculation, et lorsque le processus tuberculeux avait atteint directement les méninges.

L'auteur cherche avant tout à établir, à l'aide de l'inoculation de la tuberculose, de quelle façon les premières modifications des tissus se manifestent, car il y a encore bien des divergences d'opinion sur ce point. Les expériences faites confirment partiellement l'opinion de Hubschmann, d'après laquelle l'infection tuberculeuse se manifeste par une altération des tissus avec réaction exsudative aboutissant à la caséification. Des néeroses secondaires du type caséeux se produisent après injection massive de bacilles de Koch, à partir du 11^e jour après l'inoculation.

O.-L. FOREL.

Etudes sur la réaction à la tuberculine dans les troubles mentaux (Studies on the tuberculin reaction in mental defectives), par Ivan BLOMQUIST. (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, t. XV, fasc. 3-4, p. 229-255, Copenhague 1940).

L'importance de l'étiologie tuberculeuse dans les psychopathies est actuellement renforcée par de nombreuses observations cliniques, anatomiques et thérapeutiques. Les arguments tirés des tests ont été inventoriés par M. Blomqvist dans des centaines de cas. Le pourcentage des réactions positives à la tuberculine est nettement supérieur chez les schizophrènes, quel que soit l'âge des patients. Le taux est plus élevé chez les malades déjà traités par rapport à celui des schizophrènes récemment admis. La sensibilité à la tuberculine est d'ailleurs accrue chez tous les psychopathes antérieurement traités.

P. CARRETTE.

Les résultats erronés des séro-réactions syphilitiques, par A. SÉZARY (*La Presse médicale*, 3-6 décembre 1941).

M. A. Sézary attire l'attention sur le fait que les erreurs ne sont pas exceptionnelles et peuvent avoir des conséquences extrêmement graves. Il en rapporte des faits et rappelle que la valeur de toute méthode de diagnostic biologique est relative : négatifs, les résultats n'ont pas de signification absolue ; positifs, ils doivent être interprétés par rapport aux données cliniques.

Pour obtenir des résultats valables, il faut prélever le sang dans de bonnes conditions, éviter la période digestive, s'abstenir (sauf en cas de force majeure) chez des sujets atteints d'une infection évolutive (accès paludéen) ou d'une intoxication récente (ivresse). Le sang, recueilli aseptiquement, et de préférence moins de vingt-quatre heures avant l'examen, sera conservé sinon à la glacière, au moins dans un endroit frais.

Les causes d'erreur sont multiples et les techniques sont délicates : une seconde d'inattention peut suffire à fausser les résultats. La valeur des résultats est fonction de la valeur des opérateurs. Il importe donc de tout mettre en œuvre pour obtenir des résultats valables.

René CHARPENTIER,

ENDOCRINOLOGIE

Un nouveau test de l'hyperthyroïdie : l'épreuve de la galactosémie provoquée, par R. RIVOIRE (*La Presse médicale*, 28-31 mai 1941).

L'étude clinique des affections endocriniennes manque de tests diagnostiques précis et spécifiques, capables de dépister les altérations fonctionnelles légères des diverses glandes endocrines. Pour les affections thyroïdiennes, qui sont les plus fréquentes des maladies endocriniennes, le métabolisme basal est une épreuve comportant de nombreuses causes d'erreur matérielles, souvent inexacte (anxiété ou dyspnée) et insuffisamment sensible. Le dosage du glutathion sanguin, test constant, très sensible, à peu près spécifique, a aussi ses défauts, car il est d'un dosage très délicat, trop sensible et n'est pas progressif.

Aussi M. Rivoire propose-t-il un nouveau test basé sur un phénomène physiologique peu connu : l'accélération de l'absorption intestinale du galactose chez les hyperthyroïdiens. Comme Althausen, il dose directement le galactose sanguin suivant une technique que l'on trouvera exposée dans ce travail. La réalisation pratique de l'épreuve a l'avantage d'être très simple. Dans tous les cas d'hyperthyroïdie nette, l'auteur a trouvé une ascension considérable de la galactosémie plasmatique. L'interprétation du résultat ne présente aucune difficulté.

Le test au galactose est d'autant plus positif que l'hyperthyroïdie est plus intense, sans cependant qu'il y ait correspondance étroite avec les chiffres du métabolisme basal. Dans les cas traités par thyroïdectomie ou radiothérapie, les renseignements fournis par le test au galactose sont parallèles à l'amélioration des signes cliniques.

Cependant, dans les cas d'insuffisance thyroïdienne, le test au galactose se montre inférieur au métabolisme basal et au dosage du cholestérol sanguin.

M. Rivoire considère cette épreuve provoquée comme la méthode biologique de choix pour le diagnostic de l'hyperthyroïdie. Il conseille de réserver le métabolisme basal pour le contrôle des cas douteux et de ceux où l'on soupçonne la coexistence d'une lésion hépatique. De technique beaucoup plus délicate, le test du glutathion lui paraît indiqué seulement dans les cas très légers où le test au galactose et le métabolisme basal donnent des résultats discutables.

René CHARPENTIER.

Psychoses avec myxoedème (Psychoses with Myxoedema), par Ralph M. CROWLEY. (*The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXXVI, n° 5, p. 1105-1116, mars 1940).

Voici deux états physiopathiques comparables avec troubles mentaux ; délires toxiques, tendance presbyophrénique dans le second cas. Le premier seul réagit favorablement au traitement thyroïdien. Y a-t-il un procédé d'investigation, analyse symptomatique ou psychanalyse, pour dépister une personnalité psychopathique en rapport avec le myxoedème? Son identification réaliserait un grand progrès dans le champ de la thyroïdothérapie effective.

P. CARRETTE.

Etude d'une psychose après thyroïdectomie, par SAINTON, WELTI et AJURIA-GUERRA (*Société d'Endocrinologie*, séance du 3 mars 1941).

Observation d'un cas de myxoédème post-opératoire avec syndrome confusionnel et anxieux, dans lequel l'évolution montra qu'il n'y avait aucun parallélisme entre le trouble endocrinien et les troubles psychiques.

A propos de cette observation, les auteurs conseillent la prudence avant de pratiquer une thyroïdectomie dans les cas de goitre simple ou de maladie de Basedow avec troubles mentaux, thyroïdectomie qui, si elle est décidée, ne doit jamais être large. Le mécanisme des psychoses consécutives à la thyroïdectomie est sous la dépendance de facteurs complexes, encore insuffisamment élucidés.

Lors de l'institution du traitement par l'extrait thyroïdien, les tests physiologiques et psychométriques pratiqués ont montré avec quelle rapidité une dose minime d'extrait thyroïdien agit sur les troubles présentés par la malade en même temps que se modifient les réactions humérales. A noter que, seul, le métabolisme basal ne fut pas modifié.

R. C.

De l'existence d'une myopathie basedowienne (à propos de 2 observations), par A. DEVIC, M. JEUNE et J. DUVERNE (*Lyon médical, Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 17 juin 1941).

Ces deux intéressantes observations de syndrome myopathique atrophique au cours de l'hyperthyroïdie, curable par la thyroïdectomie, permettent aux auteurs de conclure à l'existence d'une « myopathie basedowienne ».

R. C.

Le juvénilisme facial, par Etienne MAY (*Société d'endocrinologie*, séance du 3 mars 1941).

M. Etienne May décrit sous ce nom l'état des sujets chez lesquels, sans autre signe d'infantilisme corporel ou génital, la barbe et la moustache poussent peu et lentement. Il note en outre chez ces sujets : 1° une insuffisance circulatoire des extrémités avec instabilité cardiaque ; 2° un certain déséquilibre psychique avec émotivité, tendance aux syncopes, aux fugues, à la mythomanie ; 3° un affaiblissement des réflexes sensitifs, notamment des réflexes pharyngé et crémastérien avec hypoesthésie articulaire.

L'auteur signale l'intérêt de retrouver, chez des sujets ayant une légère tare neuro-endocrinienne, quelques-uns des symptômes décrits parmi les stigmates classiques de l'hystérie.

R. C.

Les oestrogènes chez le mâle, par H. SIMONNET et M. ROBEY (*La Presse médicale*, 12-15 février 1941).

S'il est maintenant établi que la folliculine, pendant longtemps considérée comme l'hormone sexuelle féminine élaborée par le follicule ovarien, a aussi une source extra-ovarienne (Séguy), les auteurs montrent qu'il faut également admettre que les corps oestrogènes jouent un rôle dans la physiologie sexuelle du mâle.

L'élaboration de corps oestrogènes par l'organisme mâle est indiscutable. Soupçonnée en pathologie, elle est confirmée par les recherches biologiques. L'origine de ces corps oestrogènes est complexe : source exogène certaine mais assez faible, source extragonadale vraisemblable, source gonadale. Le rôle du testicule paraît primordial sans qu'on puisse préciser la nature de l'élément formateur. Les oestrogènes ne sont pas de simples produits métaboliques libérés au cours de dégradations chimiques successives. Ce sont des principes utiles, jouant dans la physiologie masculine un rôle important.

La notion d'une spécificité des hormones sexuelles ne peut plus être admise actuellement. Chez le mâle, la synergie entre les oestrogènes et les androgènes paraît indispensable au niveau du tractus génital. Au niveau de la gonade, l'action des oestrogènes est bien différente, s'exerçant à la fois par l'intermédiaire de l'hypophyse et directement sur la gonade (action inhibitrice sur le testicule, diminution de la libido et des pollutions).

En pathologie masculine, ajoutent MM. H. Simonuet et M. Robey, l'intervention des oestrogènes, certaine dans deux cas seulement, la gynécomastie et le féminisme, est aléatoire dans l'hypertrophie prostatique et douteuse pour le moins dans l'homosexualité.

René CHARPENTIER.

Psychoses et hormones ovariennes, par Paul CARRETTE (*Clinique et Laboratoire*, n° 1, p. 10-12, février 1941).

Les états psychopathiques liés aux troubles ovariens ne peuvent être systématisés dans l'état actuel de nos connaissances. L'hormonothérapie appliquée sans discernement est la cause de perturbations physiopathologiques parmi lesquelles les psychoses hyperfolliculiniques doivent être connues et évitées.

L. R.

Rhumatisme ovarien, par Henri VIGNES. *Le Progrès médical*, n° 46-47, p. 1304-1309, 25 novembre 1939.

Le rhumatisme du dysfonctionnement utéro-ovarien ou de la ménopause se localise le plus souvent au genou et aux phalanges ; il a une évolution chronique ; il est déformant et généralement symétrique. Le déficit calcique de ces malades est lié à un ralentissement fonctionnel et métabolique : sujets obèses, atteints de varices, d'hypertension. L'action ovarienne elle-même s'exerce d'une manière complexe et indirecte. La thérapeutique endocrinienne est ici d'une application délicate ; de même, le calcium ne doit être administré qu'avec prudence. L'auteur conseille l'association de préparations phosphorées, le traitement local et les cures hydro-minérales.

P. CARRETTE.

Présence et répartition de l'hormone cortico-surrénale dans l'organisme, par A. GIROUD, R. RATSIMAMANGA et H. CHALOPIN (*Société de Biologie*, séance du 24 mai 1941).

En très petite quantité par rapport à celle qui existe dans la cortico-surrénale, l'hormone cortico-surrénale se trouve dans tous les tissus. Les

auteurs en ont trouvé des quantités appréciables dans le corps jaune, qui a peut-être un rôle de suppléance, et dans l'hypophyse, qui a pour rôle de contrôler la circulation de l'hormone. Ils en ont trouvé également dans le sang, fait qui laisse entrevoir la possibilité d'applications cliniques très intéressantes.

R. C.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

La vie citadine favorise-t-elle les troubles mentaux ? par H. BERSOT
(*Revue suisse d'hygiène*, 1939, fascicule 8/9).

Pour répondre à cette question, et contrôler l'opinion courante qui lui donne une réponse nettement affirmative, M. H. Bersot a demandé au Bureau fédéral de statistique, de Berne, dont on sait l'excellente organisation, de dresser la statistique comparée des malades admis pour la première fois dans un établissement psychiatrique (public ou privé), selon qu'il s'agit de malades habitant une ville dont le chiffre d'habitants est au-dessus ou au-dessous de 30.000. Division évidemment très arbitraire car une ville de 25.000 habitants ne saurait être assimilée à un village de la campagne.

Quoi qu'il en soit, le résultat est que 10 grandes villes comprenant le quart de la population totale du pays ont fourni, en une année, le tiers des malades internés pour la première fois ; le reste du pays (c'est-à-dire les 3/4 de la population) fournissant les deux autres tiers. La différence est encore un peu plus accentuée si l'on ne considère que les malades de sexe masculin.

La vie des grandes villes, par la promiscuité, ses tentations et ses exigences de toutes sortes, conclut M. H. Bersot, agit comme révélateur de déficiences de caractère. De plus, l'alcoolisme est pour une très grande part dans les internements (plus du quart des cas chez les hommes des grandes villes, plus du cinquième chez les hommes du reste du pays). Et l'alcooolisme féminin, loin cependant d'atteindre cette énorme proportion, revêt dans les grandes villes une certaine importance. La vie citadine met plus rapidement et plus facilement en évidence que la vie des petites villes ou des campagnes certains troubles mentaux, parmi lesquels les troubles d'ordre réactionnel et favorable chez les déséquilibrés et les faibles l'intoxication alcoolique.

Sans contester des résultats qui confirment d'ailleurs l'opinion générale, peut-être serait-il prudent, pour une statistique de ce genre, de distinguer de façon plus précise les villes et les campagnes et de tenir compte aussi d'un autre facteur : la tolérance plus grande des paysans à l'égard de certains malades. Dans certains pays, cette tolérance est fréquente, soit parce qu'il est plus facile de garder les psychopathes dans une maison à la campagne que dans un appartement à la ville, soit parce que les malades sont plus souvent méconnus, soit par économie, soit même parce qu'ils sont encore susceptibles de rendre quelques services. Il est aussi des villages où les municipalités elles-mêmes, pour ménager leur budget, retardent autant qu'elles le peuvent, et évitent, lorsqu'elles le peuvent, des internements pourtant justifiés et demandés. Ce qui, en ville, serait plus difficile.

René CHARPENTIER.

L'intoxication benzolique chronique (quelques notions nouvelles, conclusions pratiques), par Maurice PERRIN, Pierre KISSEL et Louis PIERQUIN (*La Presse médicale*, 2-5 juillet 1941).

Les conditions de travail intense, sédentaire, en atmosphère confinée, des femmes et des adolescents, ouvrières des usines où l'emploi du benzol est continu (fabrication d'imperméables, de pneumatiques, d'objets divers en caoutchouc), déterminent au bout de quelques mois à un an, des troubles précoces variés, asthénie, nervosisme, céphalées, anorexie, vertiges, lipothymies, haleine benzénique, etc., et des anomalies hématologiques plus ou moins discrètes, souvent minimes et non évolutives. Les formes graves sont relativement peu fréquentes. Elles ont une symptomatologie très riche et une évolution redoutable. Le passage d'une forme légère à une forme grave est généralement brutal, sans que, le plus souvent, on puisse en saisir la cause.

Constatant l'échec des mesures législatives, prescriptions d'hygiène, visites médicales périodiques, les auteurs sont d'avis que la véritable prophylaxie serait l'abandon radical, actuellement encore jugé impossible, de tout solvant toxique. Mais, puisqu'il est question d'interdire aux femmes l'accès de certaines usines, cela dans le but de faciliter la présence de la femme au foyer et la vie familiale, MM. M. Perrin, P. Kissel et L. Pierquin demandent que les ateliers où le benzol est utilisé soient inscrits en tête de la liste de ceux où les femmes ne devront plus être employées.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

Le personnel infirmier des établissements psychiatriques suisses publics et privés, par H. BERSOT (*Contribution à l'étude des problèmes du personnel et du régime des établissements psychiatriques*, 12^e cahier, 76 pages, éditions Hans Huber, Berne 1939).

On consultera avec fruit ce travail très documenté, établi pour l'Exposition nationale de Zurich et dans lequel M. H. Bersot montre comment, sous l'influence d'Aug. Forel, de Bleuler, de Morgenthaller, et grâce aux efforts de la Société suisse de psychiatrie, le personnel infirmier suisse s'est adapté à l'évolution de la psychiatrie qui a entraîné de si profondes transformations de la technique et de la vie des asiles, ainsi que des méthodes thérapeutiques. Il expose comment s'est développé le personnel infirmier, quels sont ses effectifs actuels, son degré d'instruction, son organisation professionnelle. Dans certains établissements psychiatriques, la proportion du personnel infirmier est maintenant la même que dans les hôpitaux de médecine générale. Cette proportion est d'ailleurs plus élevée dans les établissements privés que dans les établissements publics. D'autre part le personnel est devenu remarquablement stable. La formation du personnel consacre la transformation des asiles d'aliénés en hôpitaux psychiatriques.

A noter que les établissements privés occupent quatre fois plus d'infirmières que d'infirmiers. Parmi les candidats au diplôme, on trouve d'ailleurs 64 0/0 de femmes et 36 0/0 d'hommes, et, lors des examens, il y a trois fois moins d'échecs chez les infirmières que chez les infirmiers.

L'excellent manuel du Dr Morgenthaler, traduit en français par le Dr O.-L. Forel a remarquablement contribué à l'instruction du personnel et à uniformiser cette instruction dans tout le pays.

Une Commission d'examens est désignée par la *Société suisse de psychiatrie* ; elle comprend également des représentants des associations du personnel. Les interrogations portent sur les notions théoriques et pratiques, ainsi que sur l'observation d'un malade avec rédaction d'un rapport écrit. Dans les dernières années, on a noté une très nette amélioration des résultats des épreuves pratiques, surtout de l'épreuve concernant les soins corporels, mais aussi de l'épreuve pratique concernant les soins aux malades mentaux. Il est également tenu compte pour la note d'ensemble de l'examen d'une « note d'asile » formulant l'appréciation du directeur de l'établissement sur l'intelligence, le caractère, le comportement, l'assiduité aux cours, la bonne volonté, le savoir-faire, etc., du candidat. De plus en plus, d'ailleurs, les directeurs d'asiles prennent l'habitude de n'envoyer aux examens que des candidats parfaitement qualifiés, ayant fait leurs preuves et bien instruits.

René CHARPENTIER.

L'assistance psychiatrique extra-hospitalière en Suède, par Viktor WIGERT (*Archives internationales de Neurologie*, n° 4, p. 96-103, avril-mai 1940).

La surveillance des aliénés est assurée, en Suède, par une direction d'Etat et divisée en district sauf pour Stockholm, Göteborg et Malmö. Des médecins des établissements psychiatriques sont chargés de l'organisation auxiliaire, qui comprend placement familial et dispensaires. Un certain nombre de districts et les trois grandes villes en sont dotés. Le soin des arriérés est partiellement confié à l'Etat et pour le reste aux communes. Certaines villes disposent d'asiles pour les inéducables, d'internats scolaires et d'ateliers spécialisés, mais elles ne peuvent assurer une surveillance psychiatrique. Un service pour les anormaux asociaux existe à Vävis et d'autres sont en projet. Des établissements psychothérapiques sont également en voie d'organisation sur le modèle de ceux de Nyås, Are et Tranås.

La lutte contre l'alcoolisme a abouti à la création d'asiles spéciaux et à une surveillance des buveurs par les « Commissions de tempérance ».

L'annulation du mariage peut être prononcée si l'un des conjoints a été pendant trois ans en état d'aliénation mentale avec pronostic de chronicité.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Expertises neuro-psychiatriques dans l'armée, par Joseph LITTMANN (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLVI, fascicule 1/2, 1941, page 215.

L'auteur base son travail sur 35 cas qui, au cours des six premiers mois de service actif, ont été expertisés par lui. Ces cas représentent tous les âges et toutes les incorporations,

Les alcooliques forment environ 28,5 0/0 des cas, soit 10. Tous étaient alcooliques avant l'entrée dans le service et doivent être considérés comme des alcooliques chroniques.

Les cas graves de schizophrénie sont très rares dans le service actif et sont évacués directement dans des établissements civils. Deux des cas expertisés étaient des schizophrènes signalés non point par la Justice militaire, mais par le Commandant de troupe.

Parmi les cas cités, on trouve encore 9 psychopathes (25,7 0/0), 4 névrosés (11,2 0/0), 2 oligophrènes (5,7 0/0), 3 « pseudo-épileptiques », 2 encéphaliques et 5 cas (14,2 0/0) qui peuvent être considérés comme normaux.

A l'exception d'un seul, tous les cas purent être liquidés sans qu'on ait recours à une observation clinique.

L'auteur fait remarquer que, dans l'appréciation de la responsabilité ou de l'irresponsabilité, il faut tenir compte du fait que, au point de vue biologique et psychologique, le délinquant civil ne se différencie en rien du délinquant dans l'armée. Dans les méthodes qu'il emploie et les conclusions auxquelles il aboutit, l'expert ne doit cependant pas oublier qu'il a affaire à un cadre militaire, à des lois militaires et que l'avenir du délinquant doit être envisagé en se plaçant au point de vue militaire.

O.-L. FÖREL.

Enfants et adolescents qui tuent (Children and Adolescents who Kill), par Lauretta BENDER et Frank J. CURRAN (*Journal of Criminal Psychopathology*. T. I, n° 4, p. 297-322, avril 1940).

La tendance criminelle des adolescents exprime un trouble de l'évolution affective caractérisé par une passivité, un sentiment d'infériorité à tendances homosexuelles, une impression de féminité qui pousse les sujets déséquilibrés à une réaction agressive de libération. Ce déséquilibre est lié à la répression sévère qu'ont exercée les forces éducatrices. Chez les enfants très-jeunes le mécanisme est différent. Il a rarement l'occasion de fonctionner. La notion de mort n'existe pas avec son caractère de suppression définitive. Les forces agressives ne passent à l'action que fortuitement, au hasard, transférées sur un objet représentatif de l'hostilité qui s'adresse toujours primitivement aux membres de la famille : complexe d'Œdipe et rivalités avec les collatéraux. L'importance de l'analyse et de ses conséquences réadaptatrices est soulignée en conclusion.

P. CARRETTE.

Problèmes de psychologie criminelle en rapport avec les états hypoglycémiques (Problems of Criminal Psychology related to Hypoglycemia States), par Joseph WILDER (*Journal of Criminal Psychopathology*. T. I, n° 3, p. 219-233, janvier 1940).

L'auteur a observé chez certains délinquants, déséquilibrés et arriérés, des manifestations psychophysiopathiques caractérisées par l'absence d'initiative, la lenteur des processus psychiques, la faiblesse de l'attention, l'irritabilité, le défaut du contrôle émotionnel, l'insuffisance de la coordination et de l'abstraction mentales. Cet état d'apathie était accompagné

d'hypoglycémie. Constatation biologique d'autant plus importante qu'elle a été faite aussi bien au cours de l'hypoglycémie provoquée que de l'hypoglycémie spontanée et qu'elle implique un certain nombre de conclusions pratiques quant aux aptitudes réactionnelles des délinquants arriérés et psychopathes.

P. CARRETTE.

MÉDECINE SOCIALE

L'enseignement de la Médecine Sociale, par F. HÉGER-GILBERT, professeur de médecine légale et de déontologie médicale à l'Université libre de Bruxelles (*Archives de médecine sociale et d'hygiène et Revue de pathologie et de physiologie du travail*, Bruxelles, mars 1940).

Un nouvel Institut groupe, à Bruxelles, l'étude de l'homme en fonction de son milieu et dans ses rapports avec la collectivité. Il se propose de resserrer les relations entre les disciplines médicales et l'Institut de Sociologie. Dans un même bâtiment sont groupés, dans une étroite collaboration, les laboratoires d'hygiène, de médecine légale, de pathologie du travail et médecine sociale.

Les progrès des sciences sociales et les progrès de la médecine sont solidaires : ils dépendent d'une connaissance plus approfondie de l'individu considéré comme un équilibre des conditions biologiques et sociales. L'aspect social des questions relevant de la psychologie normale et pathologique ne sera pas négligé.

Un arrêté royal du 18 septembre 1939 a créé l'enseignement post-universitaire d'hygiène en Belgique. Accessibles aux seuls docteurs en médecine, les études de médecin hygiéniste ont une durée d'un an. Quatre groupes de cours ont été créés correspondant à l'hygiène, à la médecine sociale, à la médecine du travail (comprenant l'orientation et la sélection professionnelles), et à l'éducation physique.

Dès leur entrée et pendant leur séjour à l'Université, les étudiants trouveront eux-mêmes tous les concours nécessaires à leur orientation professionnelle, à l'apaisement aussi des divers conflits moraux et sociaux de la jeunesse. Des examens médicaux confidentiels les renseigneront sur leurs aptitudes physiques à l'exercice normal de la profession qu'ils désirent choisir, les éclaireront sur leurs aptitudes aux exercices de gymnastique et aux compétitions sportives.

Un effort constant associe ainsi les connaissances médicales à la connaissance de la vie sociale. L'Université, conclut le professeur F. Héger-Gilbert, doit guider la marche de ceux qui, désireux de s'imprégner des données scientifiques les plus récentes, veulent les appliquer à l'amélioration du sort des hommes.

René CHARPENTIER.

VARIETÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 février 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 mars 1942*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mars 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 avril 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 18 mai 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 juin 1942*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 juin 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 13 juillet 1941*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Nécrologie

M. le Dr André BRETON, de Dijon, *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique ;

M. le Dr M. MARTIN-SISTERON, médecin des hôpitaux de Grenoble, *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Mise en disponibilité

Mme le Dr BONNAFOUS-SÉRIEUX, Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne), est mise en disponibilité sur sa demande.

Concours pour un poste de pharmacien chef de laboratoire à l'hôpital psychiatrique de Blida (Gouvernement général de l'Algérie)

Un concours sur épreuves pour le recrutement d'un *pharmacien chef de laboratoire* à l'hôpital psychiatrique de Blida, concours ouvert aux candidats des deux sexes, aura lieu à Alger le 22 juin 1942, dans les conditions fixées par l'Arrêté Gubernatorial du 12 février 1942.

La liste d'inscription sera close le 16 mai 1942.

Tous renseignements pourront être demandés soit au Gouvernement général de l'Algérie (Direction de la Santé Publique), soit à la Préfecture d'Alger (Santé-Famille-Jeunesse), soit à la Direction de l'hôpital psychiatrique de Blida (Département d'Alger).

MAISONS DE SANTÉ

Nécrologie

Mme le Dr Aliee SOLLIER, qui fonda et dirigea avec le Docteur Paul SOLLIER, professeur à l'Université libre de Bruxelles, le Sanatorium de Boulogne-sur-Seine (Seine) jusqu'à la transformation de cet Etablissement, justement réputé et qui devint l'hôpital Ambroise-Paré.

Comité d'organisation des Maisons de Santé privées

INSCRIPTION OBLIGATOIRE

Un décret en date du 29 novembre 1941, paru à l'*Officiel* du 4 décembre, a institué un Comité d'organisation des Maisons de santé privées. Ce Comité

continue et étend, avec des moyens plus efficaces, l'action commencée par la *Fédération des Maisons de santé* pour l'organisation de la profession et l'aide apportée à ses adhérents.

L'article 2 du décret stipule : « Ce Comité est chargé de donner des directives générales à l'ensemble de ces établissements, qu'il devra recenser dans les trois mois, à dater de la mise en vigueur du présent décret. »

D'autre part, il est précisé que : « Relèveront du Comité d'organisation des Maisons de santé privées tous les établissements de cure privés, c'est-à-dire fondés et fonctionnant en tout ou partie à l'aide de capitaux privés et gérés par une administration privée, « hospitalisant », notamment des malades, des convalescents, des femmes enceintes ou accouchées, des nouveau-nés, des vieillards, des enfants arriérés. »

Cette formule exclut les établissements publics relevant de l'Etat, des départements et des communes, ainsi que les établissements de soins « n'hospitalisant pas », mais donnant simplement des consultations, tels que dispensaires, polycliniques, cliniques d'accidents du travail.

Elle inclut par contre tous les établissements privés hospitalisant, tels que : maisons de santé, cliniques, sanatoria, hôpitaux privés, établissements médico-pédagogiques, fondations diverses. Ces établissements, sauf ceux antérieurement affiliés à la *Fédération des Maisons de santé privées*, pour lesquels l'inscription sera faite par les soins de cette Fédération, sont priés de se faire connaître de suite en indiquant : leur nom et leur adresse ; leur spécialité ; le nombre de lits d'hospitalisés dont ils disposent.

Il paraît utile de préciser que le fait de relever du Comité d'organisation ne confère en aucune façon à un établissement un caractère commercial et qu'il ne peut entraîner aucune conséquence au point de vue fiscal.

Il présente par contre des avantages certains pour les diverses répartitions confiées au Comité d'organisation auxquelles seuls les établissements inscrits au Comité pourront participer. Toute répartition étant basée sur le nombre de lits, celui-ci doit être déclaré avec une rigoureuse exactitude.

Il est d'ailleurs spécifié que l'inscription au Comité d'organisation est obligatoire, en vertu de la loi du 16 août 1940 sur l'organisation professionnelle.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société Suisse de Psychiatrie

L'Assemblée de printemps de la Société Suisse de Psychiatrie aura lieu au *Waldhaus Masans* et à *Coire*, les 30 et 31 mai 1942, sous la présidence du Professeur H. STECK (de Céry-sur-Lausanne).

Pour permettre aux membres de la Société de présenter des communications diverses, aucun sujet spécial n'a été proposé pour cette réunion et ne sera l'objet de rapports.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Loi du 26 novembre 1941 modifiant la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins

Nous, Maréchal de France, chef de l'Etat français,
Le Conseil des Ministres entendu,

Décrétons :

Article premier. — L'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins est modifié comme suit :

« Un décret contresigné par le Garde des Sceaux, Ministre Secrétaire d'Etat à la Justice, et par le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, fixera la date à laquelle le Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins et les Conseils départementaux seront dissous et remplacés par des Conseils élus.

« Les modalités de l'élection seront fixées par les règlements d'administration publique ; ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux Conseils élus.

« Jusqu'à la date fixée par le décret prévu au premier alinéa du présent article, les Conseils nommés seront renouvelables par tiers annuellement. Les membres à renouveler seront désignés par voie de tirage au sort, au cours du dernier trimestre de chaque année. Le tirage sera effectué par les soins du Conseil supérieur de l'Ordre pour les Conseils départementaux et par les soins du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé pour le Conseil supérieur.

Art. 2. — Est abrogée la loi du 2 août 1941.

Art. 3. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 26 novembre 1941.

Ph. PÉTAU.

Par le Maréchal de France, chef de l'Etat français :

Le Garde des Sceaux,

Ministre Secrétaire d'Etat à la Justice,

JOSEPH BARTHÉLEMY,

Le Ministre Secrétaire d'Etat à l'Intérieur,

PIERRE PUCHEU,

Le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé,

SERGE HUARD.

(*Journal Officiel*, 29 novembre 1941.)

Renouvellement du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins

Conformément à la loi du 26 novembre 1941, il a été procédé au Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé au tirage au sort des membres sortants du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins, qui devaient cesser leurs fonctions au 31 décembre 1941.

Le sort a désigné MM. BOUDET (de Montpellier), GRENET (de Paris), HOLLIER (d'Epinal-sur-Orge) et ROUX-BERGER (de Paris).

Par décret du 10 janvier 1942 :

Article premier. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins :

MM. les Docteurs R.-P. BARTHE, de Gennevilliers (Seine) ; P.-M. DURAND, de Courville (Eure-et-Loir) ; André LEMIERRE, professeur à la Faculté de Médecine, médecin des Hôpitaux de Paris, président du Conseil départemental de l'Ordre de la Seine ; Armand VINCENT, de Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise).

(Journal Officiel, 13 janvier 1942),

Conseil départemental des Alpes-Maritimes

M. le Dr Paul COSSA, neurologue des hôpitaux de Nice, a été désigné comme *membre et Secrétaire du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du département des Alpes-Maritimes.*

NÉCROLOGIE

Auguste Coueslant (1868-1942)

Au moment de mettre sous presse ce numéro, la Rédaction des *Annales Médico-psychologiques* apprend avec beaucoup de peine la mort d'Auguste Coueslant.

Fondateur à Cahors de l'imprimerie qui porte son nom et à laquelle il avait intéressé son personnel, Directeur du *Journal du Lot*, Auguste Coueslant imprimait notre Revue depuis 1921. Digne continuateur des Maîtres Imprimeurs des siècles passés, il exerçait son art avec une amabilité, une conscience, un dévouement, une activité, une compétence, un souci de perfection auxquels tous rendaient hommage. Il imprimait, entre autres, de nombreux travaux psychiatriques et divers bulletins de nos Sociétés. Lorsque, en 1930, à la mort d'Henri Colin, le signataire de ces lignes eut l'honneur d'être chargé de la direction des *Annales Médico-psychologiques*, c'est grâce à la précieuse collaboration d'Auguste Coueslant qu'il put faire paraître en six semaines les six numéros dont la maladie de son prédécesseur n'avait pas permis la publication régulière. De tels efforts, de telles réussites exceptionnelles caractérisent la personnalité d'Auguste Coueslant. Aussi ses clients étaient-ils avant tout ses amis. Depuis quelques années, Auguste Coueslant avait associé à l'imprimerie, en qualité de co-gérants, MM. L. Parazines et J. Andrieu, ses collaborateurs depuis 37 ans et qui, dans des conditions particulièrement difficiles, continuent son œuvre selon les mêmes principes et suivent les mêmes traditions. Mais seule la maladie mit fin à son activité.

Au nom de la Rédaction des *Annales Médico-psychologiques* et de nos collègues de la Société Médico-psychologique, je prie Mme Auguste Coueslant et son fils M. Jean Coueslant, ainsi que MM. L. Parazines et J. Andrieu, d'accepter l'expression de notre grande tristesse de la mort d'Auguste Coueslant dont nous garderons fidèlement le souvenir.

René CHARPENTIER.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)
à Cahors (France). — 64.581

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

ESSAI CRITIQUE SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE

PAR

HENRI ROGER (de Marseille)

Il n'est malheureusement guère de syndrome aussi répandu en neuropsychiatrie que celui de l'épilepsie.

Cette affection est connue depuis la plus haute antiquité. Et cependant, malgré la fréquence et l'ancienneté de sa description, il n'est pas de problème plus ardu, plus mal éclairci encore que celui de sa physiopathologie.

Les Anciens en avaient fait un mal mystérieux, une manifestation de l'influence divine, une sorte de possession. Il est vrai qu'ils confondaient pêle-mêle, les véritables crises épileptiques et les transes hystériques des Sybilles, des Pythonisses, des Devins, celles de la Pythie de Delphes. Les Grecs l'appelaient « Morbus sacer » (morbus divinus de Platon), les Egyptiens « Morbus astralis » à cause de la périodicité des crises qu'ils croyaient réglée par les phases de la lune. A Rome, c'était le mal comitial : car les comices étaient suspendus, si l'un des assistants était frappé d'une de ces crises, signe d'un noir présage. Le Moyen-Age l'attribuait au diable : « Morbus daemonia-

cus ». C'est d'Ambroise Paré que date la désignation plus clinique : épilepsie de « επιληπτικές », saisir brusquement.

Depuis les temps modernes, nous sommes plus avancés dans la connaissance de cette maladie. Nous savons, surtout, depuis Féré, Charcot, différencier l'épilepsie de l'hystérie. Par ailleurs l'on a dissocié d'une part l'épilepsie commune, l'épilepsie essentielle, débutant à l'adolescence, constituant à elle seule toute la maladie (et paraissant souvent consécutive à des traumatismes obstétricaux, à l'hérédo-syphilis, à l'hérédo-alcoolisme, à des encéphalopathies infantiles), d'autre part une série d'épilepsies symptomatiques liées à des traumatismes, à des processus vasculaires, à des tumeurs cérébrales, etc...

La symptomatologie de ces deux catégories ne diffère pas très sensiblement, et par suite les lésions constatées dans les formes symptomatiques devraient nous renseigner sur la physiopathologie de la forme essentielle.

Sur un autre plan, bien des physiologistes se sont attaqués à ce problème chez l'animal. De nombreuses expériences ont été instituées pour étudier les facteurs qui déclenchent la crise ou qui l'inhibent. On a expérimenté non seulement *in anima vili*, mais *in anima nobili* chez l'homme au cours des interventions neuro-chirurgicales.

Malgré tous ces progrès, la pathogénie reste très discutée et bien des inconnues persistent, en ce qui concerne le mécanisme de la crise. Deux problèmes principaux sont à envisager, le siège des centres épileptogènes, le mécanisme de la crise d'épilepsie.

Siège des centres épileptogènes

Deux théories principales sont en présence qui admettent, l'une une localisation corticale, l'autre une localisation diencéphalique ou en tout cas infracorticale. Passons successivement en revue les arguments expérimentaux ou cliniques, qui militent en faveur de l'une ou l'autre thèse.

Siège cortical

A) EXPÉRIMENTATION CHEZ L'ANIMAL

1) *Excitation directe*. — Celle-ci peut être obtenue par l'application d'un courant électrique ou par l'irritation grâce à une substance chimique.

a) *Courant électrique*. — Inutile de rappeler longuement les expériences classiques de Fritz et Hitzig, confirmées par Lucciani, Vulpian, Charcot : l'excitation électrique de l'écorce déclenche des paroxysmes convulsifs, et permet d'établir les diverses localisations cérébrales motrices s'échelonnant le long de la scissure de Rolando. L'on oublie peut-être un peu trop que la zone épileptogène ne se limite pas à la seule région rolandique, mais s'étend à toute l'écorce, en particulier le lobe occipital, pourvu qu'on augmente l'intensité du courant.

A cet argument, qui paraît décisif en faveur de l'origine corticale, s'opposent toutefois les constatations de Pitres et François-Franck. Si, après avoir déclenché une crise épileptique, on excise aussitôt l'écorce primitivement excitée, les convulsions continuent. Si, après avoir excisé une région de l'écorce motrice, on applique l'électrode sur une partie voisine du cortex, les groupes musculaires dont le centre moteur cortical a été extirpé prennent encore part aux convulsions.

Lucciani reproche, il est vrai, à ces expérimentateurs, de n'avoir pas enlevé l'écorce dans toute sa profondeur et d'avoir vraisemblablement laissé en place des fragments de substance grise.

Pour Albertoni, l'écorce excitée mettrait secondairement en branle les centres infra-corticaux sous-jacents, qui seraient les vrais centres épileptogènes.

b) *Agents chimiques*. — Pour répondre à l'objection de la propagation au loin du courant électrique, qui ne ferait que traverser l'écorce pour agir sur les centres de la base, des auteurs ont eu recours à l'irritation directe locale de l'écorce par application à son niveau de substances chimiques. Ils ont également obtenu des crises convulsives.

Il est vrai que, pour certaines d'entre elles, on a pu supposer que leurs solutions pouvaient, par imbibition, diffuser jusqu'aux noyaux gris centraux.

2) *Action à distance par poisons convulsivants*. — Magnan, qui connaissait bien le rôle convulsivant de l'alcool en clinique humaine, injecte de l'absinthe dans les veines des chiens et provoque aussitôt des crises nerveuses. D'autres poisons, la strychnine, la picrotoxine, la cocaïne, utilisés par d'autres auteurs, aboutissent aux mêmes résultats. Muskens, qui s'est attaché particulièrement à ce problème expérimental, a étudié dans tous ses détails l'épilepsie due au bromure de camphre.

Or, si chez l'animal on excise l'écorce avant d'injecter l'absinthe, on supprime la manifestation clonique qui est l'élément essentiel de la crise épileptique, et on ne laisse subsister que la phase tonique (Fuchs, Horsley).

Cependant, à la longue, quand l'excision date d'un certain temps, on voit revenir chez les animaux l'aptitude aux accidents cloniques (Pike et Elsberg, Munier et Schneider, Pollock).

3) *Association des deux méthodes.* — A ces expériences, qui déclenchent des crises immédiates par injection de doses considérables de toxique, on a reproché de s'éloigner beaucoup de la clinique humaine.

On s'en est rapproché, en associant, pour exciter l'écorce, un facteur local et un facteur général.

D'Abundo constate que des lésions superficielles et circonscrites de l'écorce favorisent, après un certain intervalle de temps, l'apparition de convulsions épileptiques sous l'influence de doses alcooliques non convulsivantes pour des animaux indemnes.

Chez le chien, quelques gouttes de chlorure de zinc sont déposées sous la dure-mère dans le but de déterminer des altérations méningo-corticales. Plusieurs mois après, lorsque l'animal est guéri et reconnu exempt de tout trouble nerveux, Claude et Lejeune lui font absorber de faibles doses de strychnine, qui déclenchent des crises et même un état de mal souvent mortel, alors que de pareilles doses sont inoffensives pour les animaux témoins.

Dandy et Elmann, en associant la production de lésions corticales variées et l'intoxication par l'essence d'absinthe, montrent, chez le chat, que les convulsions apparaissent avec une dose de 3 à 7 fois moindre que celle nécessaire pour l'animal sain (la dose convulsivante devant être plus forte si on a lésé la zone occipitale au lieu de la zone rolandique). Quand la dose d'absinthe est assez faible, les convulsions peuvent rester localisées au seul centre cortical lésé.

Prenant pour point de départ les travaux de son maître Aman-tea, Clementi applique sur la corne d'Ammon du papier imbibé de strychnine : aucune crise ne se produit. Il suffit alors d'exciter la muqueuse nasale par une odeur forte pour que les convulsions apparaissent, d'abord localisées aux narines, puis généralisées.

B) DONNÉES TIRÉES DE LA PATHOLOGIE HUMAINE

1) *Lésions histologiques de l'épilepsie essentielle.* — Le cerveau des épileptiques essentiels a été l'objet de nombreuses études. Chez l'immense majorité d'entre eux, on ne trouve aucune lésion macroscopique. Chez un certain nombre, l'examen histologique montre des altérations des couches les plus superficielles de l'écorce, surtout dans la région fronto-pariétale. La sclérose névroglique sous-piale a été signalée par Chaslin et retrouvée par Bleuler, Marinesco, Orlow. Pour Alzheimer, l'élément le plus important serait la diminution des cellules pyramidales des 2^e et 3^e couches cellulaires et l'existence des cellules indifférenciées du type Cajal relevant d'anomalies du développement. Ivan Bertrand et Rives trouvent des altérations cytoarchitectoniques diffuses. Minkowski insiste sur les lésions vasculaires.

Toutefois l'atteinte corticale n'est ni assez constante ni assez caractéristique pour trancher le problème pathogénique. Elle n'est pas la seule localisation rencontrée chez de tels malades.

2) *Arguments anatomo-cliniques fournis par les épilepsies symptomatiques.* — Nous n'avons pas besoin d'insister sur la localisation généralement corticale ou méningo-corticale des processus anatomiques susceptibles de provoquer des épilepsies symptomatiques.

Dans les traumatismes crâniens, ce sont les compressions de la zone rolandique par un hématome sous-dural, par une arachnoïdite, par une embarrure, par une esquille, par un corps étranger superficiel. Les projectiles profonds sont plus rarement épileptogènes.

Dans les tumeurs cérébrales, la comitialité Bravais-Jacksonienne relève souvent d'un méningiome, mais elle se rencontre aussi dans les tumeurs sous-corticales, telles que les gliomes, qui, il est vrai, envahissent parfois l'écorce ou retentissent plus ou moins sur elle.

Rappelons les crises de la méningite tuberculeuse, des cysticercoses méningo-corticales, etc...

3) *Données d'allure expérimentale.* — Au cours d'interventions neurochirurgicales chez l'homme, on a pu, comme chez l'animal, provoquer des paroxysmes par l'excitation électrique de l'écorce ; on en a vu se déclencher par des traumatismes involontaires de la région rolandique.

Les poisons susceptibles de s'accompagner de crises nerveuses ont été considérés, par la plupart des auteurs, comme des poi-

sous corticaux : alcool, strychnine. Mais le fait a été contesté, et la thérapeutique convulsivante des maladies mentales (comme la démenie précoce) par l'insuline et le cardiazol paraît plutôt procéder de mécanismes infra-corticaux.

4) *Electroencéphalographie*. — Un argument de poids en faveur de l'origine corticale résulte des études récentes sur les tracés électroencéphalographiques recueillis chez les épileptiques.

Hans Berger (d'Iéna) a pu capter, par des électrodes de surface appliquées sur le cuir chevelu, des différences de potentiel électrique, dont l'origine réside dans l'écorce cérébrale. Chez le sujet normal, mis au repos mental et sensoriel complet, les ondes de Berger sont relativement lentes (10 par seconde) et ont une amplitude moyenne de 50 à 60 μ V.

Elles sont fortement modifiées dans l'épilepsie (Lennox, Davis, Gibbs, Baudouin, Delay). Avant le début de la grande crise, le rythme se précipite considérablement (30 à la seconde) et l'amplitude est 10 à 20 fois plus grande. Au cours des équivalents, le rythme est ralenti (3 à 6 à la seconde), les ondes sont très amples. Dans l'état de petit mal psychomoteur, le rythme est de 3 à la seconde, et, fait assez pathognomonique, chaque pulsation corticale se compose d'une onde lente et d'une pointe rapide. Tous ces rythmes anormaux peuvent s'observer chez les comitiaux en dehors de toute crise, en dehors de toute absence : crises infracliniques. Fait particulier, on les retrouve chez les membres de la famille du malade, indemnes de toute épilepsie clinique, ce qui plaiderait en faveur d'un terrain épileptique héréditaire.

Par une méthode assez complexe, au moyen de quatre dérivations simultanées, Jasper et Hawke arrivent même à déterminer la zone cérébrale d'où partent les rythmes anormaux ; la zone épileptogène a deux foyers principaux, l'un frontoprécentral, l'autre occipitopariétal.

Pour ceux qui admettent l'origine corticale de l'épilepsie, il ne faut pas en effet limiter la zone épileptogène à la région rolandique ; Luciani et Tamburini avaient étendu cette zone à toute l'écorce ; mais, en dehors de la scissure de Rolando, il faut des intensités plus fortes de courant. Pour François-Franck et Pitres, on obtient des convulsions par l'excitation de la partie postérieure de l'écorce en prolongeant l'excitation, le facteur durée ayant une importance plus grande que le facteur intensité.

Siège diencephalique

Rappelons qu'avant les expériences de Fritz et Hitzig, les auteurs admettaient l'origine bulbaire, là où sont rassemblés tous les faisceaux moteurs et sensitifs (Claude-Bernard, Brown-Séquard, Germain Sée). « Le mal comitial est une maladie caractérisée par l'exagération héréditaire, innée ou acquise, mais toujours permanente, des propriétés réflexes de la moelle allongée. »

Bien des auteurs modernes soutiennent actuellement l'origine diencephalique, théorie à laquelle Salmon (de Florence) s'est surtout attaché. Des arguments divers ont été apportés en faveur de cette hypothèse, tirés tant de l'expérimentation chez l'animal que de la clinique humaine.

A) EXPÉRIMENTATION CHEZ L'ANIMAL

1) *Excitation directe*. — Horsley, de Cyon avaient constaté des crises, en excitant l'hypophyse dont on connaît les rapports si étroits avec la région infundibulo-tubérienne. Morgan, chez le chien, a provoqué des accidents convulsifs, en produisant avec le nitrate d'argent des lésions du tuber ; Demole, en injectant du chlorure de potassium dans l'infundibulum ; Marinesco, Sager et Kreindler en injectant ce même produit dans les parois du 3^e ventricule.

2) *Poisons convulsivants*. — Ces substances chimiques déclenchent des convulsions, même chez des animaux ayant subi la décortication totale (Marinesco, Sager et Kreindler), chez l'animal décérébré (Serenia et Repetti).

Asuad a repris récemment ces expériences avec le cardiazol. Chez l'animal décérébré et même chez l'animal diencephalique, la crise apparaît avec la même intensité et avec la même rapidité que chez l'animal normal : mais il faut des doses trois fois plus fortes. Chez l'animal protubérantiel, la phase clonique disparaît si on enlève le tiers supérieur de la protubérance. De même chez l'animal bulbaire, mais il faut chez ce dernier des doses énormes de cardiazol. Les crises n'apparaissent plus si le bulbe est lésé dans son tiers supérieur. Asuad conclut à l'origine sous-corticale des crises.

Déjà Bechterew avait d'abord localisé le centre épileptogène dans la protubérance, plus tard il admet que la phase clonique dépend de l'écorce, la phase tonique de la protubérance.

B) DONNÉES TIRÉES DE LA PATHOLOGIE HUMAINE

1) *Arguments anatomopathologiques.* — Il est des cas où, même dans l'épilepsie jacksonienne, l'exploration du cortex moteur ne révèle aucune lésion apparente (Guillain et Thévenard).

Par contre, on a, même dans l'épilepsie essentielle, trouvé des lésions extra-corticales : lésions dégénératives manifestes du tuber cinereum (O. Morgan), lésions des noyaux de la base (Alfewski, Lafora et Gleuck, Spielmeyer, Chorochko, Favorski), dilatation des ventricules cérébraux dans plus de la moitié des cas de Thom (les uns avec, les autres sans lésions corticales), asymétrie ventriculaire trouvée par Tyczko dans 42 cas sur 44, grâce à l'encéphalographie.

L'épilepsie symptomatique peut résulter de tumeurs du troisième ventricule (Barré, Draganesco, Souques, Baruck, Bertrand), de tumeurs de l'hypophyse (Frankel, Loyd, Raymond Wolff, Souques, Chalk).

2) *Arguments cliniques.* — La secousse clonique est l'élément fondamental de la crise. Or les myoclonies (il est vrai le plus souvent isolées et sans association de convulsions) sont plutôt rapportées au corps strié qu'à l'écorce.

Certains éléments de la crise s'apparentent nettement avec des désordres dont l'origine diencéphalique est démontrée : les absences à type de chute brusque (épilepsie statique) se rapprochent beaucoup de la cataplexie du syndrome narcoleptique. Le sommeil profond, qui termine le paroxysme comitial, semble faire intervenir le centre diencéphalique régulateur du sommeil. Bien des crises s'accompagnent de troubles sympathiques : au début, syndrome sympathicotonique (pâleur, exophtalmie, tachycardie), puis syndrome vagotonique (ralentissement du pouls, vaso-dilatation), en relation avec les centres végétatifs de la base.

3) *Arguments thérapeutiques.* — Les barbituriques (luminal, gardénal), qui constituent la médication de base de l'épilepsie, concentrent leurs effets sur les noyaux gris de la base, comme le montrent les recherches de leurs cristaux au cours de l'intoxication expérimentale (Tardieu et Lagrange, Koeser); la prédominance des lésions histologiques chez les sujets morts d'intoxication barbiturique, le cortège des symptômes neurovégétatifs qui accompagnent pareille intoxication (véritable toxicose neurovégétative pour Chavany), et encore mieux la somnolence que le médicament procure à l'homme normal.

Quant au brome, qui fut longtemps la seule thérapeutique de l'épilepsie, après l'avoir considéré comme un médicament cortical, on tendrait plutôt aujourd'hui à lui accorder une action infracorticale. Le brome, que l'analyse chimique trouve en minime quantité dans l'organisme normal, serait pour Zondek sécrété par l'hypophyse.

Essai de systématisation de quelques types physiopathologiques

Entre ces deux opinions opposées, localisation corticale, localisation diencéphalique des centres épileptogènes, que conclure ?

Il paraît difficile d'attribuer à l'épilepsie une origine purement corticale : car trop de symptômes de la crise s'apparentent à la série diencéphalique. On ne peut éliminer toutefois un certain rôle de l'écorce, ne serait-ce qu'en raison des données électro-encéphalographiques. Sans doute faut-il admettre la prédominance des noyaux diencéphaliques, l'écorce jouant le rôle de facteur de transmission, de centres réflexes déclenchant les centres sous-corticaux dont l'importance serait plus considérable.

Il semble donc bien qu'on puisse rattacher la crise épileptique banale, *le type convulsif*, qu'il soit généralisé ou localisé, à un mécanisme *cortico-diencéphalique*.

En est-il de même des autres formes de l'épilepsie ?

Le petit mal comporte essentiellement une perte momentanée, mais courte, de la conscience, l'absence, qui assez souvent s'accompagne de mouvements d'allure automatique : déglutition de salive, rictus de la face, gestes stéréotypés (se boutonner, passer la main sur les cheveux), plus rarement état procursif. Or on a beaucoup rapproché les absences, surtout celles qui se répètent chez les enfants de nombreuses fois dans la journée, d'une forme de narcolepsie désignée sous le nom de pyknolepsie ; c'est dire combien il y a lieu de discuter un *mécanisme diencéphalique*, auquel les mouvements automatiques, certainement infracorticaux, doivent également faire penser.

Ramsay Hunt a décrit, sous le nom d'*épilepsie statique*, des cas où la crise se résume en une chute brusque sans perte de conscience. Ne retrouve-t-on pas la même dissolution brutale du tonus dans la crise cataplectique qui, avec l'onirisme, fait partie intégrante du syndrome narcoleptique ? Il semble donc bien

qu'ici aussi, par analogie, l'origine *diencéphalique* doit être admise.

Même intervention vraisemblable des *ganglions de la base* dans l'*épilepsie sympathique*, isolée par Penfield, à type de vasodilatation cutanée, d'hypersécrétion lacrymale et sudorale, de ralentissement du rythme respiratoire, de frissons, d'horripilation, de bâillements incoercibles, avec tendance à l'endormissement.

Mécanisme physiopathologique

Conceptions physiopathologiques

Deux conceptions s'affrontent pour essayer d'expliquer le déclenchement des phénomènes convulsifs, celle de l'excitation, celle de l'inhibition.

1) *Théorie de l'excitation*. — L'écorce hyperexcitable des épileptiques a été comparée à un condensateur électrique, à une bouteille de Leyde. Toutes les excitations extérieures augmentent la charge nerveuse jusqu'à l'apparition de la décharge brusque du tonus nerveux. C'est alors l'apparition de la phase tonique, à laquelle succèdent les secousses cloniques, par suite de l'épuisement des centres nerveux. Un épuisement encore plus accusé entraîne les phénomènes paralytiques qui suivent les convulsions, en particulier dans le type jacksonien.

Cette notion de « décharge » (Hughlings Jackson) explique qu'un animal, qui a réagi par une série de crises, ne répond pas de suite au même excitant. Elle rendrait compte du relatif bien-être de l'épileptique après son paroxysme.

2) *Théorie de l'inhibition*. — Pour Hartenberg, bien des symptômes de la crise (chute, coma) cadrent plus avec des phénomènes d'inhibition qu'avec des phénomènes d'excitation. Pour cet auteur, le réflexe épileptique comporte trois éléments successifs :

a) déclenchement par une excitation initiale, pathologique ou expérimentale ;

b) inhibition, — élément fondamental, — d'abord du cerveau supérieur, se traduisant par la perte de la conscience et de la mémoire, l'insensibilité, l'arrêt de la motilité, puis inhibition des centres du tonus et de l'équilibre entraînant la chute ;

c) excitation des centres moteurs sous-corticaux et médullaires, provoquant les convulsions, soit par libération des automatismes moteurs, qui ne subissent plus le frein des centres supérieurs, soit par propagation de l'excitation vers les centres moteurs sous-corticaux.

La crise peut se limiter à l'excitation initiale psychique, sensitivo-motrice, sans perte de connaissance ; elle sera réduite à une aura. Elle peut se borner à la seule perte de conscience et de la mémoire ; ce sera l'absence. Elle peut ne pas s'accompagner de dissolution du tonus ; il n'y aura pas de chute. La libération des automatismes moteurs peut manquer ; il n'y aura pas de convulsions.

Mécanisme de la crise

On a essayé de pousser plus avant et d'étudier le mécanisme intime de la crise. Celui qui a été le plus souvent invoqué est un mécanisme vasomoteur.

1) MÉCANISME VASOMOTEUR

La crise est due, comme Jackson, Gowers l'avaient déjà soutenu, à de l'ischémie cérébrale entraînant de l'anoxhémie.

Divers arguments, expérimentaux, cliniques, thérapeutiques, étiologiques ont été invoqués en faveur de cette théorie.

a) *Arguments expérimentaux.* — Tinel et Ungar ont remarqué que, chez l'animal traité par les sympathicolytiques ou bien chez celui qui a subi l'énervation des deux sinus carotidiens, l'injection intraveineuse d'adrénaline produit une vaso-constriction cérébrale et des crises épileptiques.

Il est vrai que Riser et Gérard n'ont obtenu ni vaso-constriction ni phénomènes convulsifs en répétant ces expériences.

b) *Arguments cliniques.* — Le plus important est celui tiré des constatations des neuro-chirurgiens qui ont assisté à des crises comitiales se déroulant au cours même de leurs interventions. Horsley, Kennedy, Leriche, Foerster, de Martel, M. Arnaud ont, pendant leurs opérations craniennes, constaté l'anémie des circonvolutions pendant la crise. « Je n'oublierai jamais, dit Barré, le spectacle d'un cerveau largement découvert par une trépanation, au cours d'une crise épileptique : il devint, avec

une extrême brusquerie, blanc comme plâtre, absolument vidé de sang sur toute l'étendue où il était visible. L'opéré eut une crise tonique et clonique pendant cette phase de pâleur du cortex. Je compris alors la brusquerie de certaines attaques épileptiques et j'eus l'impression de connaître le facteur de la crise. »

Toutefois cette pathogénie ne peut être généralisée. Riser, Alajouanine, dans les mêmes conditions d'observation, n'ont constaté aucune modification de l'écorce ; de même Penfield pour des crises convulsives provoquées par faradisation du cortex.

Tout au contraire, chez l'animal, Riser remarque plutôt une vasodilatation au cours de la crise qui suit l'injection de cardiazol.

Gibbs, Lennox, enregistrant, durant la crise, le débit sanguin (grâce à une aiguille thermoélectrique enfoncée dans la jugulaire interne d'épileptiques), l'ont trouvé plutôt augmenté que diminué.

Aussi Alajouanine, Riser et Gérard se demandent-ils si la pâleur observée par les observateurs précédents n'était pas due à un facteur cardiaque et à une hypotension générale plutôt qu'à un spasme localisé des vaisseaux cérébraux.

On sait les rapports assez étroits qui ont été établis entre la circulation rétinienne et la circulation cérébrale. Or des observateurs ont vu des spasmes rétiniens avant et pendant la crise (Knies), dans l'intervalle des crises et à titre d'équivalents (Souques et Dreyfus-Sée). Parcille constatation a été faite au cours des crises provoquées par le cardiazol. Mais d'autres auteurs n'ont remarqué aucune modification du fond d'œil. Magnan avait même signalé autrefois la dilatation des vaisseaux.

c) Arguments thérapeutiques. — Etienne et ses collaborateurs ont eu des résultats remarquables en traitant les états de mal épileptique par les vasodilatateurs sous forme d'injections de 0,20 à 0,40 d'acétylcholine. De même, de Gennes, Pichet, Decourt, Déjean, Hugues. Toutefois les résultats ne sont pas constants. Personnellement cette méthode nous a donné plus d'échecs que de succès.

L'irritation du sinus carotidien peut produire d'importantes modifications de la pression générale et cérébrale. Quelques syndromes d'irritabilité de ce sinus s'accompagnent de phénomènes comitiaux. Aussi Danielopolu a-t-il eu l'idée de traiter les épileptiques par l'énervation du sinus carotidien, et Lauwers en

particulier a obtenu quelques succès. Mais ceux-ci sont inconsistants et souvent passagers.

d) *Arguments étiologiques.* — L'on connaît des épilepsies symptomatiques imputables à l'ischémie. Telle la maladie de Stockes-Adams, dont les crises peuvent évoluer suivant le tableau classique : aura, perte de connaissance, phases tonique et clonique, amnésie consécutive. Les accidents sont toujours dus à une bradycardie intense : chez un malade de Vaquez, le vertige apparaissait pour un arrêt systolique de 3 secondes, la syncope avec chute pour un arrêt de 8 secondes, les convulsions pour un arrêt de 15 secondes.

Chez de grands vagotoniques, un arrêt du cœur provoqué par l'excitation faradique du pneumogastrique ou par la recherche du réflexe oculocardiaque peut entraîner des convulsions. Nous avons vu chez l'un d'entre eux un ralentissement considérable du pouls au cours d'une ponction lombaire s'accompagner d'une crise épileptique typique.

On a incriminé un mécanisme vaso-constricteur dans les épilepsies dites réflexes, en particulier dans l'épilepsie pleurale. Au cours de minimales interventions sur le poumon, sur la plèvre, on observe des accès convulsifs, généralisés ou jacksoniens, que la plupart des auteurs attribuent à des embolies cérébrales avec spasmes sylviens surajoutés.

Le spasme vasculaire paraît agir par l'*anoxhémie* qu'il provoque. Chez l'épileptique à crises assez fréquentes, on provoque des paroxysmes en diminuant l'oxygène de l'air inhalé (Lennox) ; au cours des épreuves d'hyperpnée, les résultats varient en fonction de la teneur en oxygène des mélanges utilisés. L'administration d'oxygène, dès le début de la crise, en raccourcirait beaucoup la durée (Murphy).

2) AUTRES MÉCANISMES

D'autres mécanismes ont été invoqués.

Un mécanisme inverse de la vasoconstriction, celui de la vasodilatation, de la *stase cérébrale*, n'est guère soutenable. Une stase de courte durée ne produit pas de convulsions. Chez le chien et chez le lapin, il faut serrer les jugulaires pendant plus de 40 minutes pour déclencher la crise (Asuad). Chez l'épileptique, l'application d'une bande de caoutchouc à la base du cou n'arrive pas à provoquer de crise (Bier).

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien serait, pour Salmon, le facteur principal : d'une part, le manomètre adapté à l'aiguille à ponction lombaire montre une élévation de la pression au début et au cours des phénomènes convulsifs, d'autre part des crises subintrantes peuvent être jugulées par la rachicentèse (Hodkins et Morton, Toulouse et Marchand, etc.).

Chez l'animal, l'hypertension artificiellement provoquée favorise dans une certaine mesure le pouvoir convulsivant de l'absinthe (Pikes et Elsberg), alors que la soustraction abondante de liquide céphalo-rachidien le diminue (Speransky).

L'encéphalographie montre dans quelques cas d'épilepsie des ventricules dilatés ou des laes sous-arachnoïdiens de la base plus grands que normalement.

Cette hypertension du liquide céphalo-rachidien, due à une hypersécrétion des plexus choroïdes et à un défaut de résorption au niveau des corpuscules de Pacchioni altérés, retentirait ensuite sur les noyaux infundibulo-tubériens.

Toutefois, bien des cas d'hypertension intracranienne ne s'accompagnent en clinique d'aucune crise convulsive.

Les désordres humoraux ont été étudiés par de nombreux auteurs: De toutes les recherches, parfois contradictoires, concernant le métabolisme azoté, le métabolisme des lipides, celui des hydrates de carbone, les éléments minéraux du sang, l'équilibre protéinique, le pH, ce qui paraît résulter de plus net, c'est une véritable instabilité des humeurs chez l'épileptique.

Deux éléments importants doivent retenir l'attention.

L'étude de l'équilibre acidobasique avait montré à Bigwood une tendance très accusée à l'alcalose. L'épreuve de l'hyperpnée, provocatrice de paroxysme convulsif, semblait agir par l'intermédiaire d'un état alcalosique transitoire, et le régime cétogène, préconisé aux Etats-Unis pour combattre l'épilepsie, paraissait tirer son efficacité de l'acidose qu'il provoque et entretient.

Mais il n'est pas sûr que l'hyperpnée détermine des crises grâce à un état alcalosique. Il est probable que le régime cétogène intervient par un autre mécanisme que celui de l'acidose. Enfin Dautrebande, par des dosages effectués avec des méthodes très rigoureuses, conteste d'une manière absolue tout état d'alcalose dans l'épilepsie.

Le rôle du *métabolisme de l'eau* serait mieux établi.

L'absorption de boissons abondantes par les épileptiques augmente notablement la fréquence des crises (Teglbjaeg), surtout

si on y adjoint des injections d'extrait hypophysaire pour limiter la diurèse (Mac Carric et Peeler).

Les animaux soumis à l'action de l'insuline présentent des convulsions si on les laisse boire à leur gré. Celles-ci sont moins intenses si on supprime l'eau (Moracci) ou si on prescrit des médications déshydratantes (Drakkin et Skilkret).

Chez l'homme, le régime sec, réduisant l'apport total en eau à 400 cc. par jour, fait diminuer considérablement ou même disparaître les paroxysmes chez les épileptiques à crises fréquentes (Mac Carric, Temple Fay). Chez l'animal, la déshydratation rapide, provoquée par des injections hypertoniques intraveineuses de glucose, fait diminuer considérablement l'aptitude à l'action convulsivante de la picrotoxine ou de la strychnine (Maloney), de l'absinthe (Elsberg et Pikes, Helmholtz et Keith).

L'attaque épileptique serait liée à une variation de la perméabilité neurocellulaire (Buscaino).

Nous avons essayé d'indiquer les arguments qui confirment ou ceux qui infirment les nombreuses théories concernant le mécanisme de la crise épileptique. Leur multiplicité est une preuve qu'aucune n'est absolument démonstrative.

Il nous semble cependant que, sinon dans tous les cas, du moins dans un assez grand nombre, il faut faire jouer un rôle important aux troubles vasomoteurs, au spasme vasculaire cérébral. Nous donnerions ensuite une réelle importance aux facteurs humoraux, à l'instabilité des humeurs et en particulier au métabolisme hydrosalin, le tout probablement conditionné par un facteur toxique.

Conclusions

Depuis plus de soixante ans, nombreux sont les auteurs, tant physiologistes que cliniciens, qui se sont attelés à l'étude du problème de l'épilepsie. Ils sont loin d'être tombés d'accord. En réalité, comme l'a écrit Charles Richet dans la préface du beau livre de Muskens sur l'épilepsie, « ceux qui voient quelques contradictions entre la clinique et la physiologie n'ont rien compris ni à la clinique ni à la physiologie ».

Bien des données sont définitivement acquises. Mais l'essence même du problème reste entière.

En 1922, Cestan, à la fin du chapitre « pathogénie » de son

livre sur l'épilepsie, concluait : « Tout est encore entouré de mystère et mieux vaut reconnaître notre ignorance que de bâtir une hypothèse ingénieuse indémontrable ».

Dix ans plus tard, Pagniez termine son rapport critique sur la physiopathologie de l'épilepsie à la XII^e Réunion neurologique internationale (Paris, 1932) : « A quoi bon dès lors essayer de construire, avec les matériaux actuels, une pathogénie provisoire, dont le caractère essentiellement précaire ne nous serait que trop connu. Mieux vaut aujourd'hui savoir attendre. Demain nous donnera peut-être le mot de l'énigme. »

Hélas ! ce demain ne nous paraît pas encore immédiat. Dix ans plus tard, ayant essayé, après bien d'autres, d'approfondir cette étude, nous ne pouvons qu'avouer notre ignorance.

Les nombreux progrès de la neurobiologie n'ont pas encore résolu ce problème, qui, depuis Hippocrate, attend toujours sa solution définitive. Ils n'ont pas encore dissipé les nuages qui voilent l'origine mystérieuse du « morbus sacer », du mal divin des Anciens.

CHOMAGE ET PSYCHOPATHIES

Psychoses et névroses de chômage

Chômage secondaire à la psychopathie

PAR

JACQUES VIÉ (1)

Le fléau social du chômage n'a pas, à notre connaissance, suscité beaucoup de travaux psychopathologiques depuis la discussion d'un rapport sur « les effets de la crise économique dans le domaine de l'Hygiène mentale », le 10 novembre 1932, au Comité d'Hygiène publique de Genève. Pourtant, toutes les fois que les individus se trouvent aux prises avec les difficultés de la vie, — et le chômage en est un cas typique — il s'établit entre leurs capacités psychiques et les obstacles qu'ils rencontrent une sorte de confrontation, une série d'inter-réactions variables suivant les sujets. Les uns, tout en subissant l'empreinte, s'adaptent, c'est-à-dire réalisent un nouvel équilibre qui permet encore une vie normale, les autres succombent, lorsqu'ils ne parviennent plus à faire face aux circonstances, et abandonnent la lutte. Dans le cas particulier du chômage, deux points de vue opposés peuvent donc servir de guide : le chômage peut être envisagé comme le générateur de modifications du psychisme ; inversement, on peut rechercher sur quel terrain préalable les troubles mentaux éclatent chez les chômeurs, et même comme se le demandait au Congrès international d'Hygiène mentale de 1937 le Professeur Mira, si l'impossibilité de trouver du travail, et le fait de se contenter du médiocre niveau de vie que l'indemnité de chômage procure, ne traduisent pas parfois un état psychopathique pré-existant.

(1) Les idées directrices de ce travail ont fait l'objet, à l'Académie de Médecine, d'une note de MM. J. VIÉ, G. FAUL et de Mme OPOLON, le 17 septembre 1940.

Nous aborderons successivement les deux aspects du problème. Cependant, exerçant dans les hôpitaux psychiatriques, nous sommes bien mieux placés pour observer des cas ressortissant à la seconde catégorie de faits. Il appartient aux enquêteurs médico-sociaux, en contact avec la masse totale des chômeurs, de relever les altérations souvent minimes, mais bien plus générales du psychisme, qui se manifestent sans dépasser pour cela les limites « psychologiques » compatibles avec la continuation de la vie en société. Des travaux, tels que celui de Mlle Serin et Targowla, sur les jeunes chômeurs parisiens, font la liaison entre les deux points de vue.

I. Le Chômage générateur de troubles mentaux

Tous les auteurs s'accordent à dénoncer l'influence néfaste du chômage sur le psychisme de ses victimes. Cette influence d'ailleurs est complexe, et les psychologues ont marqué, de préférence, l'accent sur l'une ou l'autre des composantes. Nous suivrons, d'après leur chronologie, les travaux qui nous sont parvenus.

Le rapport de la Commission nommée par le Comité d'Hygiène publique de Genève (commission composée de MM. le professeur Jean Lépine, Hamel, Chodzko et d'un représentant du Bureau international du travail) relie les réactions psychiques observées chez les chômeurs à une augmentation de l'impulsivité et de l'instabilité avec tendance à la délinquance ou à l'immoralité (1).

H. Bogen (2) découvre les lignes fondamentales d'une psychologie sociale du chômeur dans le sentiment d'injustice qu'éveille sa condition, dans l'incompréhension de l'entourage et l'atmosphère d'isolement social qui en résulte. D. M. Hall (3) compare l'attitude de 360 ingénieurs en chômage et de 300 ingénieurs pourvus de travail, vis-à-vis de la religion, vis-à-vis des employeurs, et vis-à-vis du moral professionnel : 68 % des chômeurs sont plus apathiques, leur énergie morale, leur ambition diminuent, ils se posent en adversaires des employeurs ; leurs sentiments religieux ne changent pas. R. O. Beckmann (4) relève la diminution du sentiment de sécurité et le renforcement parallèle du sentiment d'infériorité ; le niveau des capacités normales s'abaisse et la porte s'ouvre aux névroses. Zawadski et Lazarsfeld (5), chez 57 chômeurs polonais, notent eux aussi le sentiment de dégradation, d'inutilité qui suscite le suicide, des actes

de révolte, la haine des classes, l'amoindrissement de la moralité, qui conduit parfois à la mendicité et au vol.

Les auteurs italiens ont consacré à la psychologie du chômage des études plus nuancées, ils ont pénétré davantage dans ses modalités d'action. Sacerdote (6) étudie le chômage en tant que cause de *diminution de la capacité* de travail : le déficit alimentaire amoindrit les forces musculaires et psychiques, l'entraînement se perd, les restrictions déterminent un état de dépression qui rend le sujet plus réceptif à la maladie, plus enclin à l'alcoolisme, qui libère ses tendances immorales et antisociales. La diminution de la capacité est progressive et permanente.

Gatti (7) envisage le chômage sous l'aspect d'une *crise psychologique*. Surpris par le premier licenciement, absorbé par la recherche de travail, désespéré par l'insuccès, le chômeur devient apathique, anxieux, il doute de ses capacités, les valeurs morales sont étouffées par quelques complexes dominants ; mais si le chômage favorise la propension à la délinquance, il ne la crée pas.

Dans une statistique sur la composition d'un groupe de chômeurs (429 femmes et 1.207 hommes), Golzio (8) trouve 2/3 de manœuvres chez les hommes, 9/10 chez les femmes. En général, il s'agit de sujets peu stables dans leurs emplois : 34,5 % des hommes n'étaient pas restés un an dans chacune de leurs trois dernières places ; Golzio envisage donc le problème sous l'angle du terrain.

En 1937, dans l'un de ses rapports au Congrès international de « Médecine et Travail », G. Ferdière (9) s'élève contre les adversaires de la thèse du « chômage psychogène » et réclame un examen mental périodique de tous les chômeurs.

Au Congrès international d'Hygiène mentale de Paris, le professeur Mira, étudiant le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux, fait la part du chômage, et rapporte les résultats de l'enquête qu'il avait été chargé de mener en Catalogne (10). Sur 3.000 observations, presque toutes relatives à des hommes, 87 % des questionnaires subjectifs signalaient des troubles de l'humeur ; les réponses positives à l'égard de troubles intellectuels, de troubles physiques ou de troubles de la conduite demeuraient très rares. Les questionnaires objectifs décelaient la multiplicité insaisissable des réactions individuelles au chômage jusqu'au point d'empêcher la création d'une psychologie ou d'une psychopathologie *générales* du chômeur. Du point de vue du chômage « *pathogène* », Mira passait à celui du chômage — effet d'une anomalie mentale, que nous aborderons tout à l'heure.

FACTEURS PATHOGÈNES DU CHÔMAGE
« NÉVROSES DE CHÔMAGE » ET PSYCHOSES DE CHÔMAGE

La gravité psychologique du chômage provient du rôle considérable que joue le travail dans l'existence des individus : le travail représente à la fois le moyen d'existence souvent exclusif de tous les salariés, et le cadre social qui est indispensable à beaucoup d'entre eux pour déterminer leur comportement, la dépense de leur énergie.

Au choc moral qu'entraîne la perte du gagne-pain, s'ajoute donc une désorientation spéciale vis-à-vis de l'ambiance, ainsi qu'une indétermination de l'activité, qui permet la libération des tendances inférieures.

1) *Le choc moral du chômage.* — Le traumatisme psychique initial s'apparente à ceux que crée la révélation brutale d'un grand malheur, d'une maladie grave bouleversant la situation présente et l'avenir. Il est rarement pathogène et n'anéantit pas d'emblée l'espoir d'un rétablissement ultérieur. Néanmoins, chez des prédisposés, il peut être à l'origine d'un *accès délirant de persécution*.

OBSERVATION 1. — Bel., 37 ans, peintre en bâtiment. Bon ouvrier, employé depuis 18 ans chez le même patron. Enfant naturel ayant souffert de cette situation. Nature inquiète, scrupuleuse. Signes de dégénérescence physique : oreilles triangulaires aux lobules adhérents, etc...

B. avait été prévenu que faute de travail il serait débauché. Il a commencé par interpréter cette menace de chômage. Mis à pied il fait une excitation psychique immédiate et, 3 jours après, un délire de persécution avec des hallucinations auditives.

À l'entrée à l'asile il se montra confus et halluciné. Au bout d'un mois, tout trouble mental avait disparu, le malade travaillait comme peintre. Il a quitté bientôt l'asile. (Service du Dr Fail).

Il n'en va pas de même de la multiplication des échecs dans la recherche d'une nouvelle place, des démarches interminables et infructueuses auprès des organismes de placement. La confiance en l'avenir se trouve minée, et les sujets sont acculés au désespoir.

Les vrais drames du chômage, les cas de suicide n'atteignent que rarement le cercle d'action des psychiatres, mais sont mentionnés par les organes de la presse : ils ne sont pas exceptionnels.

Chez des déséquilibrés, Laignel-Lavastine, G. d'Heuqueville et Sambron (11), J. Vié (12) ont rapporté des réactions psychopathiques ébauchées, tentatives de suicide, crises convulsives, accès délirants polymorphes : il s'agissait de sujets jeunes, dépourvus de soutien familial, que les circonstances sociales désastreuses avaient, suivant leurs propres expressions, « tout à fait désorientés, désemparés, plongés dans le désarroi ». Cette *période de désarroi* peut durer de un à deux ans, pendant lesquels l'instabilité et l'inquiétude, après une usure de l'effort, accablent les jeunes gens à une situation sans issue.

Le premier type de réactions que nous venons de citer répond à la classe des *névroses de chômage* envisagées par Mira. Elles n'ont pas à proprement parler de caractère utilitaire et symbolisent bien, chez ces adolescents, grands blessés de la lutte sociale, un recul devant la vie de l'adulte, inaccessible pour eux. Comme le remarquait Codet, dans le cas de ces sujets incapables d'obtenir ce qu'ils désirent par le travail, l'intelligence ou la volonté, on constate le bénéfice de la maladie. C'est au domaine de l'*hystérie* qu'il faut inscrire ces aspects de la névrose de chômage.

Deux autres types psychopathiques réactionnels se retrouvent ici, comme en présence de toutes les contraintes sociales : le *type dépressif et obsessionnel*, celui des « humbles » qui pensent n'avoir jamais assez répondu à leurs devoirs ; et en face d'eux, le *type exaltatif* et protestataire, celui des « fiers » qui se rébellent contre l'inévitable et chez qui s'exagère le sens de leurs droits.

Les premiers, les « humbles » se soumettent et se résignent. Jamais ils n'auront assez travaillé, assez peiné, assez payé. Leur insuffisance économique devient une vraie hantise. Le sentiment du devoir social les écrase. Lorsque l'intensité des troubles augmente, ces sujets présentent des psychoses anxieuses, à la base desquelles on retrouve souvent les déficiences viscérales de l'involution. En voici un exemple :

OBSERVATION 2. — Pl., 54 ans, briquetier. Chômeur depuis 2 ans, misère physiologique, hypertension artérielle, artériosclérose. Interné pour un épisode de dépression avec sentiment d'inutilité, d'infériorité. Un frère, débile, est interné pour délire polymorphe. (Service du D^r Fail).

Chez les « fiers » se développent au contraire les tendances revendicatrices, les sentiments de haine et de révolte, et les multiples démarches auxquelles sont assujettis les chômeurs don-

nent lieu à des incidents souvent révélateurs d'un déséquilibre plus complexe et plus profond, lorsqu'ils sont assez importants pour amener le malade à l'asile.

2) *La désadaptation vis-à-vis de l'ambiance.* — Les réactions dépressives et exaltatives se réalisent déjà en fonction de l'ambiance.

C'est que le chômage représente une profonde désadaptation familiale et sociale, une rupture d'équilibre du niveau de vie antérieur.

L'une des premières répercussions réside dans le *problème du logement*, dont l'indemnité de chômage ne permet plus d'acquitter régulièrement le loyer ; parfois même, le chômeur est obligé d'abandonner son foyer personnel pour vivre en hôtel ou dans un taudis, dans des conditions précaires qui accentuent l'impression de dénuement.

Des conflits naissent. Le patron de l'hôtel touchait l'indemnité de chômage d'une de nos malades présénile, pour récupérer son dû ; cette femme se plaint qu'en un an il lui ait ainsi gardé 1.200 francs. Ailleurs, ce sont des mesures revêtues d'un caractère vexatoire : ainsi, le propriétaire coupe l'eau, l'électricité.

OBSERVATION 3. — E., 44 ans, célibataire, depuis 5 ans chez un patron se trouve congédié par suite de la réduction du personnel. Depuis 2 ans, il chôme et habite chez un veuf, il paye régulièrement, sans qu'on établisse de reçu. Le veuf étant mort d'accident, sa fille demande l'expulsion de E., elle prétexte qu'il est logé gratuitement. Après un délai, E., menacé d'expulsion, se déprime, ne sort plus, mange moins, boit dans sa chambre. Une crise d'alcoolisme subaigu le fait interner. (Service du Dr Fail).

Dans le *cadre familial*, le chômage amène des perturbations profondes, sur lesquelles insiste avec juste raison M. Bertrand, secrétaire de l'Institut de Prophylaxie sociale de l'Aube, dans un article récent sur l'enfance malheureuse (13). Dans le cadre scolaire, la femme de chômeur se trouve tiraillée par des enfants qui demandent du pain, par son ménage où la présence de la femme serait indispensable, tandis qu'elle est attirée au dehors par la perspective d'un gain permettant les achats nécessaires. Il est bien facile à saisir qu'en face du mari chômeur, oisif, souvent aigri et haineux, souffrant d'un amoindrissement auquel il ne peut ni se résoudre ni remédier, la femme ne se montre pas toujours pleinement compréhensive. Des discussions graves peuvent en résulter, qui s'ajoutent aux autres causes de troubles.

OBSERVATION 4. — Camille, 50 ans, dessinateur, est en chômage depuis 3 ans. Il a des difficultés avec la municipalité qui obtient l'expulsion de sa maison non entièrement payée. Puis survient la mésentente avec sa femme qui travaille. Lui reste à la maison, s'occupant du jardin. Sa femme le quitte. Resté seul il se montre bizarre, coupe les arbres, creuse une piscine, etc... On l'intérne. A l'asile, il est calme, docile, travaille régulièrement. Antérieurement, en 1932, il avait fait une tentative de suicide. (Service du D^r Fail).

Enfin, le chômage réalise une rupture avec la réalité ambiante en désinsérant l'homme de son cadre social. On n'a pas assez insisté sur la nécessité impérieuse pour tant de sujets, de cadres tout faits à l'intérieur desquels leur activité s'exerce. La discipline de l'école, et surtout celle du service militaire, plus tard la règle du travail, sont devenus pour eux l'ossature même de leur personnalité sociale. Lorsque ce cadre vient à manquer, c'est la continuité, la cohésion, la directive principale du comportement qui s'effondre. Et bien des psychismes n'ont même pas la souplesse nécessaire pour tenter des réadaptations ; celles-ci, d'ailleurs, restent souvent vouées à l'échec, en raison même de la spécialisation professionnelle outrancière qui a caractérisé l'industrialisme contemporain. A la suite de périodes de chômage, une de nos malades, métallurgiste dans sa jeunesse, fut successivement, après un internement en 1930, déformeuse en chaussures, mouleuse en T.S.F., puis monteuse de piles électriques. Elle a fait un nouvel accès de dépression en 1938. Chaque changement nécessitait un apprentissage nouveau, un effort d'adaptation, auquel cette femme a cessé de faire face.

3) *L'action destructrice de l'oisiveté et le passage à une vie réduite.* — L'oisiveté n'est pas le moindre mal du chômage, et nous la voyons agir à la fois de façon négative, par la diminution progressive et permanente (Sacerdote) des capacités physiques et morales, et de façon positive, en libérant les tendances inférieures ou anormales qui prennent alors la direction de l'activité résiduelle. La pathologie du chômage rejoint ainsi la pathologie du désœuvrement que Courbon avait étudiée à l'âge de l'involution, et qui se marquait, à cette phase de la vie, par l'épanouissement des tendances hypocondriaques.

La manifestation la plus commune est le développement de l'alcoolisme, avec ses accidents subaigus et l'affaiblissement moral qu'il entraîne. Nous retrouvons très fréquemment l'appoint alcoolique chez nos malades qui ont subi le chômage.

Plus particulier est le développement des tendances perverses ou anormales, jusque-là latentes ou refoulées au second plan, comme le penchant au travestissement chez un ajusteur-mécanicien de 45 ans, présenté à la Société Médico-psychologique par Lévy-Valensi, Péquignot et Pache (14). Débile hyperémotif et vaniteux, depuis longtemps sensible, avec une ébauche de fétichisme, à la parure féminine, il est devenu l'ervent du travestissement narcissique depuis qu'il s'adonne, au cours du chômage depuis 1930, à des excès alcooliques habituels. C'est évidemment là une occupation curieuse de ses loisirs forcés.

Du chômage au parasitisme. — Souvent, on voit le sujet, malgré ses efforts, descendre les degrés d'une échelle de *déchéance sociale*, qui le fait passer du chômage partiel au chômage complet ; et plusieurs fois, chez nos insuffisantes, déséquilibrées ou débiles, on suit un cycle professionnel de dégradation progressive : employées de bureau ou couturières, elles deviennent gardes-malades ou gouvernantes, bonnes d'enfants, bonnes à tout faire, avant d'être réduites à l'état d'épaves sociales, qu'un incident fait interner.

Une seule catégorie présente une adaptation normale au niveau de vie réduite que comporte la modicité de l'indemnité allouée, celle des *débiles*, aux besoins réduits, qui peuvent ainsi longtemps subsister au dehors, bricolant quelque peu, et menant une vie semblable à celles qu'ils auraient par exemple dans l'une de nos colonies familiales.

Chez certains sujets, s'établit un *parasitisme*, qui fait de la condition de chômeur une véritable exploitation sociale. Ils considèrent comme un droit de vivre sans travailler et, une fois à l'hôpital, opposent à la thérapeutique d'occupation une *oisiveté résolue*. Nous avons malheureusement à nous heurter assez souvent à ces arguments imprégnés d'une entière mauvaise foi. Cette résistance dans le cas suivant demeura invincible et la malade s'opposa délibérément à toute rééducation.

OBSERVATION 5. — H. Marguerite, née en 1905, ouvrière d'usine, séparée de son mari depuis 1928. *Alcoolisme chronique* avec accès subaigu en 1931. Chômage depuis le début de 1937. Un nouvel accès alcoolique subaigu avec délire onirique, idées de jalousie et de persécution, la fait interner le 6 juillet 1938. La volonté et le sens moral restent affaiblis. L'oisiveté est résolue « chez moi je ne fais rien du tout, dit la malade, je regarde par ma fenêtre les gens passer, les ouvriers entrer et sortir de l'usine. Dans les usines, on m'avait dit : Attendez, on vous écrira. J'ai l'habitude de ne pas travailler, »

Nous avons eu plus de succès chez une épileptique, qu'un incident de chômage avait fait interner, mais dont le niveau moral était beaucoup moins déficient.

OBSERVATION 6. — Lami, Marie-Louise, née en 1895, celluleuse en imperméables.

Epileptique légèrement *alcoolisée*, présentant de rares crises convulsives, elle dut subir de nombreux échecs dans la vie sociale. Divorcée au bout de 4 ans de mariage, ayant dû placer son second enfant à l'assistance, isolée de sa famille : licenciée de nombreuses places pour des raisons diverses, au chômage depuis février 1938, Marie-Louise refuse un emploi trop fort pour elle : on la menace de radiation. Elle s'irrite, emporte le rouleau de cuivre, instrument de sa profession, et en menace l'employée. Elle est internée (9 novembre 1938).

Au début elle refuse de s'occuper : « puisque le gouvernement m'a prise à charge, dit-elle, je peux bien rester à ne rien faire ; que le gouvernement me nourrisse ». Et elle se vante « d'avoir une tête bien spéciale ».

Cependant, en mars 1939, elle consent à travailler à la buanderie de l'asile. Elle sort très améliorée en juillet 1939.

Ailleurs, dans des cas qui heureusement sont rares, chômage, prostitution, expédients divers se combinent avec l'hospitalisation pour devenir des moyens d'existence familiaux.

OBSERVATION 7. — Br. Marcelle, née en 1918, sans profession définie. *Déséquilibre mental avec perversions instinctives*, épilepsie probable. Internements en 1934, 1936, 1939. Instable, premier amant à 14 ans, mariée à 16 ans 1/2, quitte son mari un an plus tard, fait une tentative théâtrale d'assassinat contre son amant en juin 1936, acte qui lui vaut l'emprisonnement suivi de non-lieu et de passage à l'asile.

Reprise par son mari, elle a et perd un enfant. Son mari n'ayant plus de travail, elle cesse le traitement gardénalique, refait des crises convulsives (dit-elle), des excentricités et rentre de nouveau à l'asile le 12 janvier 1939 étant enceinte de deux mois. Très calme, elle est bientôt demandée par son mari qui vient d'obtenir son inscription au chômage après avoir intenté contre un patron occasionnel une action devant les prud'hommes. Elle sort le 18 mars 1939.

REMARQUES SUR LES PSYCHOSES ET LES NÉVROSES « DE CHÔMAGE »

Si l'influence déprimante du chômage atteint la plupart des sujets qui y sont soumis, il s'en faut qu'elle atteigne souvent les degrés extrêmes que nous venons d'indiquer et, en fait, il est rare que cette action se montre franchement pathogène. Si nous

reprenons la conception du seuil de résistance psychique, exposée naguère par l'un de nous (15) et développée par A. Patel dans sa thèse (16), il est certain que, parmi les difficultés de la vie, le chômage est une de celles qui aboutit avec le plus de force à abaisser ce seuil de résistance.

L'inégalité réactionnelle des sujets devant le chômage paraît avant tout fonction, comme en présence des autres causes sociales pathogènes, d'un facteur personnel, l'équilibre mental, et d'un facteur social, l'encadrement familial. À côté de la déficience psychique, les déficiences viscérales, surtout cardiaques, respiratoires, jouent le rôle de médiopragies exposant au chômage, tandis que les atteintes des fonctions hépato-rénales, l'artério-sclérose retrouvent ici, comme dans tous les épisodes psychopathiques réactionnels bien étudiés récemment par le Professeur Laignel-Lavastine, la valeur de facteurs de bouffées confusionnelles ou dépressives.

1) *Le milieu familial.* — L'importance du milieu familial est considérable. P. Courbon, J. Vié ont signalé à plusieurs reprises le rôle pathogène de l'isolement. Chez de nombreux insuffisants légers, auxquels le soutien familial a permis une vie normale, la disparition de ce soutien marque l'heure de la dévaluation sociale, la nécessité de l'hospitalisation. En cas de chômage, le soutien moral des parents, d'un conjoint, se double de l'assistance matérielle réciproque, ne serait-ce que la mise en commun des indemnités allouées et leur meilleure utilisation. L'une de nos malades, très fière du parti qu'elle et son mari, tous deux chômeurs depuis des années, tirent de leurs petites ressources, y voit même une source de jalousie de la part de voisins envieux.

Mais dans certains cas, au lieu d'apporter une aide, le milieu familial se révèle nocif, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes gens, et l'alcoolisme, l'immoralité des parents exercent une influence néfaste. Chez les jeunes chômeurs dont Vié a décrit les accès psychopathiques, on relevait l'inexistence ou le relâchement des liens familiaux : c'était un orphelin de père et de mère, un orphelin de père avec mère internée, un fils naturel isolé, un enfant assisté qui avait perdu ses parents nourriciers. Le seul qui correspondait avec sa mère, elle-même revendicatrice et mythomane, n'en recevait que des directives fâcheuses.

Dans la série de Mlle Serin et de Targowla, qui comprenait 234 jeunes gens de 14 à 18 ans, on relevait 38 foyers nocifs, 18 sujets abandonnés par leur famille, 8 isolés absolus. Le facteur social se révélait d'une importance primordiale.

Au cours de nos observations actuelles, nous avons fréquemment l'occasion de relever l'isolement ou le rôle néfaste de l'ambiance familiale. Voici une chômeuse qui fait un accès dépressif lors de l'emprisonnement de son mari.

OBSERVATION 8. — Les. Louise, née en 1896, sans profession définie, débile mentale, était en chômage *depuis six ans, ainsi que son mari*. Celui-ci est condamné pour vol et emprisonné. La femme est radiée des listes de chômage.

Le 29 mars 1940, elle est internée pour un accès mélancolique avec idées de suicide et lettres injurieuses aux autorités. Actuellement calme, elle sort de l'asile à la libération du mari.

2) *Le rôle du déséquilibre mental.* — L'action pathogène du chômage s'exerce avec prédilection sur les sujets mal équilibrés. Les victimes des névroses et des psychoses de chômage présentent le plus souvent une débilité mentale ou tout au moins de l'instabilité, une hyperémotivité, des tendances mythomaniaques, une insuffisance de la volonté, ou bien des troubles de l'humeur, de dysrythmie, qui les exposent à la fois au chômage et à ses complications. Souvent les antécédents héréditaires révèlent des tares familiales.

A la limite de ces cas, il en est qui posent des questions étiologiques pour ainsi dire insolubles. Ainsi la triste odyssée de cette Israélite roumaine qui se termine par l'établissement d'une *psychose paranoïde* incurable.

OBSERVATION 9. — Betty Th., née en 1894, peintre et sculpteur, est venue à Paris en 1928 pour se perfectionner dans les beaux-arts. Dépourvue de ressources, elle s'est efforcée pendant de longues années de subvenir à ses besoins en faisant de la couture, du dessin, elle vendit des postes de T.S.F., mais le plus souvent ne pouvait se procurer de travail. Elle parvint à se faire inscrire au chômage en 1937.

Epuisée par la misère, l'insuffisance de l'alimentation, par la solitude, par l'impossibilité de réaliser son idéal, menacée d'expulsion de sa chambre, elle a présenté un délire de persécution avec conceptions hypochondriaques, qui a nécessité l'internement le 28 avril 1939.

Longiligne asthénique très amaigrie, atteinte de troubles digestifs, elle a évolué vers une psychose de formule paranoïde, avec des phases d'excitation dans lesquelles elle décriait en des déclamations imagées, d'une note pathétique puissante, les étapes de son calvaire et la haine qu'elle éprouve pour la société dont elle est demeurée incomprise.

Il est évidemment très difficile, dans un pareil cas, de faire la part des facteurs psychogéniques et celle d'un processus morbide lié au développement du déséquilibre foncier.

II. Le chômage secondaire à la psychose ou à l'insuffisance mentale

Dans la majeure partie des cas observés par nous, soit chez des femmes à l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche (5^e section), soit chez des hommes à l'Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise, le rapport du chômage avec la psychopathie s'est montré *diamétralement inverse*. Le chômage apparaissait après le début du processus psychosique, ou par suite de l'insuffisance fixée ou progressive du psychisme. La maladie, la déficience mentale rendaient le sujet impropre à accomplir son travail habituel, ou le faisaient licencier, comme moins apte, lors des réductions de personnel.

Mira, dans sa communication au Congrès International d'Hygiène mentale (Paris, 1937), faisait bien la place de chaque catégorie de cas : « Certainement, dit-il, la fréquence moyenne des troubles mentaux dans le groupe des chômeurs est bien plus grande que dans la population totale, mais il ne faut pas oublier que, dans beaucoup de cas, le chômage n'est pas la cause, mais *l'effet* d'une anomalie mentale. Les investigations américaines ont prouvé ce fait et ont signalé également le haut pourcentage d'oligophrènes et de psychopathes dans le noyau des « chômeurs chroniques ».

Il ne faudrait pas, toutefois, se faire illusion sur la fréquence globale de ces faits rapportés à l'ensemble des chômeurs. Mlle Serin et Targowla, parmi leurs 237 jeunes chômeurs parisiens de 14 à 18 ans, ne rencontrent que 10 arriérés, débiles, quelques troubles du caractère, aucune psychose : remarquons toutefois qu'ils rangent les épileptiques, assez nombreux, au rang des déficients physiques représentant 45,7 % de leur série.

Quelques indications numériques sur la valeur productive des malades mentaux avant l'internement

Par contre, si l'on considère les antécédents sociaux des malades entrés dans les hôpitaux psychiatriques, on relève le chômage dans une proportion assez appréciable des cas. Sur 221 fem-

mes entrées à la 5^e section de Maison-Blanche (J. Vié et Mme Opolon) du 21 juin 1938 au 21 juin 1940, et encore présentes à cette date, 31, soit 14 %, se trouvaient inscrites au chômage lors de l'internement ; 10, soit 4,5 %, se trouvaient sans travail dans des conditions ne comportant pas d'indemnité ; 8, soit 3,6 %, menaient des vies réduites dans l'isolement et la misère ; 24, soit 10,9 %, n'avaient jamais été en état de travailler ; 39, ou 16,8 %, avaient cessé de le faire en raison de leur âge, ou de maladies, mais vivaient à domicile, tandis que 46, soit 21,8 %, étaient hospitalisées dans d'autres établissements ; 30 femmes seulement, soit 13,6 %, avaient continué de travailler jusqu'à quelques jours, ou même à la veille de l'internement ; enfin 33, soit 15 %, s'occupaient dans leur intérieur. La forte proportion de malades n'ayant jamais travaillé ou étant déjà hospitalisées provient de ce que le service comprend une division d'épileptiques et le pavillon sanatorial (aliénées tuberculeuses).

Les chiffres fournis par un service d'hommes de Clermont-de-l'Oise (G. Fail) répondent à la totalité des malades présents au 1^{er} septembre 1939. Sur 485 malades, le plus grand nombre d'entre eux ; 186, soit 38,3 %, avaient travaillé jusqu'à quelques jours, ou même à la veille de l'internement : 108, ou 22,2 %, se trouvaient *en chômage, avec ou sans inscription sur les listes officielles* des caisses de chômage ; 39, ou 8 %, sont des non salariés, artisans, cultivateurs, représentants, etc... ; 63, soit 13 %, n'avaient jamais pu travailler ; 30, soit 6,6 %, menaient une vie réduite de malades à domicile ; enfin, 59, ou 12,5 %, étaient entrés à l'asile à la suite de crimes ou délits, soit par non-lieu, soit (15 cas) pour troubles mentaux reconnus au cours de l'emprisonnement. Les conditions de cette évaluation ne sont pas identiques à celles de la précédente. Les malades de Clermont sont originaires des départements de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne et Oise, c'est-à-dire de régions de spécialisation économique et de répartition démographique très différentes, les unes urbaines et industrielles, les autres agricoles, dans lesquelles bien des communes ne sont pas dotées de caisses de chômage. Il serait, par suite, purement artificiel de distinguer ici les sujets qui étaient, avant l'internement, inscrits ou non à ces caisses. Seul, le fait de n'avoir plus de travail conserve son intérêt psychiatrique.

Des deux séries numériques précédentes ressort, dans l'ensemble, la forte proportion des malades qui, lors de l'entrée dans les hôpitaux psychiatriques, se trouvent déjà, soit incapables de travailler, soit dépourvus de travail depuis plus ou moins long-

temps, et qui, dans ce dernier cas, sont inscrits aux caisses de chômage, surtout dans le département de la Seine.

Les malades chez lesquels le chômage traduit la maladie mentale se répartissent en trois catégories suivant que l'absence de travail est symptomatique d'une psychose en évolution, d'une insuffisance mentale progressive, ou d'une insuffisance permanente. Suivons ici notre série féminine.

A. — CHÔMAGE SYMPTOMATIQUE DE PSYCHOSE EN ÉVOLUTION

Il s'agit avant tout de paralysie générale, de délires chroniques, d'épisodes psychosiques subaigus survenant chez des déséquilibrés.

1° *Paralysie générale*

OBSERVATION 10. — Pa. Albertine, née en 1880, divorcée, ouvrière d'usine, chômant depuis plusieurs semaines. Vie sordide.

Paralysie générale avec appoint alcoolique, déjà avancée à l'entrée le 25 février 1939 : phénomènes spasmo-paralytiques, démence avec gâtisme. Décès le 7 juin 1939 (cachexie démentielle).

OBSERVATION 11. — Ho. Armande, née en 1882, mariée.

Paralysie générale avec affaiblissement considérable.

Ne peut donner de renseignements sur sa profession antérieure : elle indique seulement que ne pouvant plus travailler, elle était au chômage.

Son mari, tuberculeux pulmonaire, est traité dans un sanatorium.

Internement le 9 février 1940 : le traitement par le stovarsol amène une amélioration légère, le gâtisme disparaît.

A ces deux cas, joignons celui d'une malade qui fut radiée des listes de chômage, parce que, dans les semaines précédant l'internement, elle travaillait deux jours par semaine.

OBSERVATION 12. — Pe. Jeanne, née en 1896, serveuse de restaurant.

Paralysie générale avec affaiblissement important et tuberculose pulmonaire subaiguë : syphilis en 1927, un enfant mort à 3 jours. Se marie en 1937, ne trouve plus de travail. Chômage, puis radiation. Internement le 4 novembre 1939. Traitement par le bivatol, amélioration légère.

Dans ces trois cas, l'interruption du travail qui a donné lieu à l'indemnité de chômage est nettement liée à l'évolution de la méningo-encéphalite syphilitique, à laquelle, chez la troisième malade, s'ajoute une tuberculose pulmonaire également évolutive.

2° *Délires chroniques*

Nous citerons ici le cas de plusieurs psychoses hallucinatoires chroniques, et d'une psychose chronique d'interprétation.

OBSERVATION 13. — S. Suzanne, née en 1910, mariée, employée.

Psychose hallucinatoire chronique en activité. Thyroïdectomie en 1937.

Début de la psychose au commencement de 1939.

Chômage à partir de mars 1939.

Internement : le 27 juin 1939. Vive excitation hallucinatoire avec hostilité.

OBSERVATION 14. — Del. Zélie, née en 1895, mariée, bonne à tout faire.

Psychose hallucinatoire chronique ancienne évoluant par poussées. Son mari la quitte en 1937.

Chômage 3 semaines avant l'internement le 23 juillet 1938, à l'occasion d'un épisode subaigu.

OBSERVATION 15. — Laf. Juliette, née en 1900, veuve, lingère.

Psychose hallucinatoire chronique de type délire d'influence débutant en 1933, avec paroxysmes hallucinatoires et réactions impulsives. De plus, tuberculose pulmonaire avec poussées et hémoptysies en 1916 et 1934.

Chômage intermittent en 1938-1939, amenant des idées tristes et une tentative de suicide. Internement le 13 novembre 1939.

Il est intéressant d'opposer chez cette malade les réactions *sthéniques*, coléreuses, impulsives qu'entraînent les paroxysmes hallucinatoires, et les réactions *dépressives* engendrées par le manque de travail.

OBSERVATION 16. — Déc. Jeanne, née en 1888, veuve, ouvrière.

Psychose hallucinatoire chronique peu évolutive, avec thème mystique sur fonds dépressif ; début en 1937 : croyant qu'elle doit se consacrer entière à la vie religieuse, la malade jeûne, suit les offices, cesse de travailler régulièrement.

Chômage depuis deux ans. Internement le 4 décembre 1939 : elle est trouvée errante sur la voie publique, à la recherche de « son chômage », on venait de lui dérober le montant de l'indemnité qu'elle tenait à la main.

OBSERVATION 17. — J. Marie-Lonise, née en 1897, vendeuse.

Psychose hallucinatoire chronique avec hallucinations psychomotrices et cénesthésiques intenses de la sphère génitale ; appoint alcoolique.

En 1932, elle cesse d'être vendeuse dans la mode.

Traitée à la Salpêtrière en 1934. Evolution active de la psychose depuis 1937.

Depuis, elle est *en chômage* « très longtemps ».

Internement le 11 septembre 1939 (incident d'alerte).

OBSERVATION 18. — H. Léonie, née en 1872, divorcée. Balteuse d'or en feuilles.

Psychose hallucinatoire chronique évoluant très discrètement depuis de nombreuses années. Actuellement, forte hypertension artérielle.

Chômage depuis 7 ans.

Internement le 30 septembre 1939 (plaintes à la Préfecture de police)

OBSERVATION 20. — B. Geneviève, née en 1902, dactylographe.

Délire chronique d'interprétation avec thème érotomane, politique et persécutif, sentiment d'influence, paroxysmes coléreux.

Début en 1933.

Séjour en sanatorium, de décembre 1933 à juillet 1938.

Travaille un mois dans un ministère (août 1938), puis est inscrite au *chômage*.

Internée le 11 mai 1939, parce qu'elle s'est attaquée dans la rue à une femme qu'elle ne connaissait pas.

3° *Episodes délirants subaigus*

OBSERVATION 21. — M. Juliette, née en 1876, mariée, bonne à tout faire.

Psychose délirante présénile ayant débuté en septembre 1939 : la malade se croit persécutée par un voisin qui l'électrise. Hypertension artérielle.

Chômage depuis novembre 1939.

Internement le 12 février 1940.

OBSERVATION 22. — G. Marguerite, née en 1908, mariée, aide-comptable.

Délire hallucinatoire sur fond de déséquilibre mental.

Chômage de 1933 à 1935.

Mariée en 1935, séparée de son mari en 1936, elle revient avec lui, de façon transitoire en 1936-37.

Alors qu'elle travaillait encore, avant 1933, elle remarquait déjà que l'on dérangeait « ses affaires » ; qu'on s'en servait en son absence. Depuis 1937, délire hallucinatoire.

Chômage depuis le 16 septembre 1938 : la malade vit dans un hôtel dont le propriétaire la tracasse, l'injurie ; elle porte plainte contre lui. Internement le 17 janvier 1940.

Dans tous les cas précédents, la chronologie des faits qui a pu être établie par les déclarations des malades et les renseignements de l'entourage, avec une précision suffisante, démontre l'antériorité du processus morbide sur l'interruption du travail.

Souvent, la maladie a de loin précédé le chômage, surtout lorsqu'il s'agit des délires subaigus ou chroniques : les sujets demeurent longtemps encore capables d'une activité coordonnée satisfaisante, et s'ils quittent leurs occupations, c'est sous l'influence d'idées de persécution qui les portent à fuir les personnes maléfiques de l'entourage.

Il s'écoule de même un délai variable *de quelques semaines à quelques années*, entre le début du chômage et l'internement. Celui-ci résulte d'incidents variés, à l'occasion d'une poussée hallucinatoire, d'une démarche délirante (plainte aux autorités), ou d'une circonstance fortuite, telle qu'un incident d'alerte. Et pendant toute la durée du chômage, le malade parvient, grâce à l'indemnité, à mener une vie réduite, parfois sordide, conforme d'ailleurs à ce que l'on observe chez tous les délirants abandonnés à eux-mêmes ; il échappe à toute action médicale, à la faveur même de l'assistance sociale dont il est l'objet.

Cette situation paradoxale se montre encore plus fâcheuse pour les paralytiques généraux, justiciables d'un traitement efficace, s'il est assez vite institué. Et puisque notre service de Maison-Blanche contient le pavillon sanatorial des asiles de la Seine, nous rencontrons chez plusieurs de nos malades l'association, au trouble mental, de la tuberculose pulmonaire, pour laquelle cette expectative joue un rôle non moins néfaste, que doivent également constater les phthisiologues.

B. — CHÔMAGE SYMPTOMATIQUE D'UNE INSUFFISANCE MENTALE PROGRESSIVE

Nous avons en vue, avant tout, *l'alcoolisme chronique* et l'affaiblissement présénile et sénile, auxquels nous joindrons quelques cas de psychose périodique et d'encéphalite épidémique.

1° *L'alcoolisme chronique*. — L'imprégnation toxique réalise un affaiblissement progressif de l'activité et de la moralité, qu'entre-coupent des accidents subaigus, responsables de l'internement.

A ce cadre se rattache la malade H (obs. 5) chez qui le chômage, dû à son insuffisance croissante, servait de prétexte et

d'argument pour une oisiveté résolue, dont nous ne pûmes triompher. Cette paresse acquise, cette opposition à toute rééducation se retrouvent chez presque toutes nos alcooliques chroniques.

OBSERVATION 23. — P. Céline, née en 1886, veuve, ancienne pape-tière.

Alcoolisme chronique remontant à de nombreuses années.

Au chômage depuis 10 ans, elle présente un délire de persécution, séquelle d'épisodes oniriques anciens. Elle erre de café en café pour échapper à la bande d'Algériens qui veulent lui couper la tête.

Internée le 28 janvier 1940, s'étant réfugiée au commissariat.

Hallucinée, incapable de travail suivi. Pieds bots.

OBSERVATION 24. — Pa. Marie, née en 1898, mariée, profession non précisée.

Alcoolisme chronique avec accès confusionnels répétés.

Séparée de son mari en 1935, elle est internée de janvier à mars 1936.

Elle vit avec un ami. Second internement de mars à mai 1938.

Sortie, elle est inscrite au *chômage*, elle donne « le supplément de son chômage à son propriétaire », ce qui amène des discussions et des menaces sous l'influence des excès de boisson. Troisième internement le 4 mai 1939.

OBSERVATION 25. — Lo. Marie, née en 1894, teinturière.

Alcoolisme chronique à type de pseudo-paralysie générale secondaire à un accès subaigu. (Réactions de Bordet-Wassermann négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien).

Excès alcooliques anciens.

Depuis un an, ne fait plus que des remplacements irréguliers.

Chômage depuis 6 mois.

Calme, mais *oisiveté résolue* : « j'aime cent mille fois mieux le chômage que l'hôpital. Je me suis tuée à travailler 16 heures par jour ».

2° *Les affaiblissements préséniles et séniles* réalisent des cas particulièrement pénibles. L'artério-sclérose cérébrale et viscérale, la « polysclérose post-cinquantenaire » de Lian diminue l'activité générale des sujets parvenus à l'âge de l'involution, en même temps qu'elle amoindrit leur résistance morale. Enclins à l'anxiété de par leur état physiologique, ils voient s'accumuler autour d'eux les motifs d'affliction : isolement familial, diminution de leurs possibilités ; déjà, une pension de retraite équivaut à une diminution des ressources ; pour les simples salariés, le chômage est souvent le corollaire de cette insuffisance progressive. La résultante de tous ces facteurs physiques et moraux

intriqués revêt la forme d'une psychose présénile, à la fois anxieuse et délirante.

OBSERVATION 26. — M. Emilienne, née en 1891, séparée, couturière. *Psychose d'involution*, anxiété, hallucinations auditives, qui l'accusent de crime dont elle va se disculper.

Troubles hépatiques, peut-être ancienne épileptique.

Capacité sociale progressivement diminuée. *Chômage* 6 mois en 1936, 8 mois en 1939-1940. Evacuation dans l'Yonne. Internée à Paris le 4 mai 1940.

OBSERVATION 27. — Del. Jeanne, née en 1887, employée.

Travaillait au timbrage dans un laboratoire pharmaceutique. Ménopause et *chômage depuis 1932*.

Mélancolie d'involution, anxiété extrême, crainte de supplices : elle sait bien qu'elle va être dévorée par un chat.

Internement le 8 novembre 1938, dans un état physique très précaire. Décès par cachexie le 13 décembre 1938.

OBSERVATION 28. — Ma. Jeanne, née en 1881, veuve, domestique.

Mélancolie d'involution, anxiété extrême, sitiophobie, idées de persécution, crainte de la mort.

Vie malheureuse, chétivisme, épuisement, ménopause en 1927.

Depuis la mort du mari, *chômage* (1937).

Internement en état physique précaire le 29 septembre 1938.

Décès par cachexie le 6 septembre 1939.

OBSERVATION 29. — G. Marie, née en 1874, veuve, femme de ménage.

Mélancolie présénile avec affaiblissement léger. Adénome thyroïdien droit localisé.

Veuve depuis 1934, ne travaille plus depuis 1935 : au *chômage* jusqu'à la fin d'avril où elle est *radiée*.

Cet incident, qui la plonge dans le dénuement complet, augmente l'anxiété, la malade se disculpe d'accusations imaginaires. Internement le 14 mai 1940.

OBSERVATION 30. — Bl. Marie, née en 1868, veuve, domestique.

Affaiblissement sénile au début avec *délire* hallucinatoire de persécution et idées de préjudice.

Ne trouve plus de travail. Au *chômage*, « depuis longtemps ».

Le propriétaire touchait l'indemnité, ce qui donne naissance à un thème délirant.

Internement le 21 juin 1938.

OBSERVATION 31. — A. du M. Lætitia, née en 1888.

Sénilité précoce, accès d'excitation délirante.

Artiste peintre et femme de lettres ayant eu une vie assez active,

elle a présenté un affaiblissement de type sénile rapidement progressif ; à 50 ans, elle a l'aspect d'une femme de 80 ans. Voix chevrotante, amnésie. N'a plus pour ressources que des subsides qu'elle recevait à titre de « technicienne », dit-elle. Présente depuis quelques mois un délire de persécution relatif au gérant de l'immeuble qu'elle habite. Internée le 24 février 1939. Décès par cachexie le 21 février 1940.

3° *Encéphalite épidémique*. — Chez les adultes qui ont été atteintes lors de l'épidémie 1918-1920, se sont parfois constituées à bas bruit et à longue échéance des séquelles physiques et mentales qui, peu à peu, rendent le travail impossible. En voici deux exemples.

OBSERVATION 32. — Da. Anne-Marie, née en 1881, veuve, femme de ménage.

Encéphalite épidémique en 1918 (grippe avec hypersomnie).

Renvoyée d'un grand magasin d'épicerie, elle est en *chômage* depuis 3 mois, lorsqu'on la trouve couchée sur un trottoir.

Internement le 26 mars 1940 : affaiblissement intellectuel, obnubilation, hypertonie prédominante à gauche, sensiblerie, hypertension artérielle.

Ne peut s'occuper, manquant d'initiative et de force.

OBSERVATION 33. — Le. Suzanne, née en 1893, femme de chambre.

Encéphalite épidémique en 1919. Apparition de phénomènes hallucinatoires depuis 1926.

Obnubilation intellectuelle, hypertonie légère, hypoaecousie.

Elle devient incapable d'un travail suivi : *chômage* depuis 1937.

Thèmes délirants en rapport avec le chômage : elle attribue ses hallucinations « un cinéma dans sa tête, un film sur sa vie », à la surveillante du chômage : elle fait cela « pour lui retirer son chômage, c'est sûrement une trappe du chômage ». Pourtant elle a « un easier judiciaire propre, elle a une gentille vie ; si elle a demandé le chômage, c'est qu'il le fallait bien ».

4° *Psychose périodique*. — Le plus souvent, les malades qui commencent des accès d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique travaillent jusqu'à la semaine de leur internement. Leur production devient inférieure en quantité et en qualité, mais il n'y a pas d'interruption, jusqu'à l'incident qui détermine l'entrée à l'hôpital. Les reproches qui peuvent leur être adressés déclenchent d'ailleurs souvent, dans le premier cas, de vives protestations, dans le second des réactions mélancoliques révélatrices. Il n'y a donc pas, en général, de chômage prémonitoire.

Cependant, avec la répétition des accès, persistent entre eux,

malgré le retour de la lucidité normale, quelques tendances à l'indifférence ou à des revendications, de l'inactivité, une instabilité permanente de l'humeur qui constituent une infériorité dans la recherche du travail. C'est à une insuffisance progressive qu'est dû, en fait, le chômage au cours des rémissions de la maladie.

OBSERVATION 34. — F. Winny, née en 1892, divorcée, sténo-dactylographe.

Psychose périodique à accès maniaques intermittents (accès en 1916, 24, 26).

Brevet élémentaire, pratique courante de la langue anglaise.

Au chômage depuis « 3 ou 4 ans » : elle est devenue incapable de conserver une place stable.

Nouvel accès au milieu de juillet 39. Internement le 5 août 1939.

OBSERVATION 35. — Dr. Léonic, née en 1902, mariée, journalière.

Psychose périodique avec accès d'excitation et de dépression.

Appoint alcoolique. En chômage pendant deux ans depuis 1935.

Accès d'excitation confusionnelle : internement du 24 juin 1937 au 3 février 1938.

Ne trouve pas de travail, et vit avec son enfant de l'indemnité de chômage de son mari.

Accès d'excitation : internement du 8 décembre 1938 au 24 juin 1939.

Travaille pendant un mois.

Accès de dépression avec tentative de suicide, internement du 17 août 1939 au 25 avril 1940.

Chez tous ces sujets, qui présentent une insuffisance mentale progressive, liée à l'aggravation croissante de séquelles, l'indemnité de chômage est loin d'apporter une solution suffisante. De telles malades, et notamment les alcooliques, relèvent d'une surveillance médicale active, régulièrement exercée, telle qu'on pourrait le faire dans une consultation hospitalière. Des traitements médicamenteux réguliers, dans l'encéphalite, dans l'artériosclérose et les états d'involution, peuvent éviter les complications. Le soutien moral d'assistantes sociales serait efficace chez les alcooliques et les périodiques dans l'intervalle des accès, pour stimuler leur goût du travail et le rattachement à une existence plus normale.

C. — CHÔMAGE SYMPTOMATIQUE D'UNE INSUFFISANCE MENTALE HABITUELLE

Ici, les cas se groupent sous les deux rubriques du déséquilibre et de la débilité.

1° *Déséquilibre mental*. — L'indemnité de chômage apporte des

facilités de vie à des *déséquilibrés*, incapables d'occuper une situation régulière, elle fournit un appoint à des ressources modiques et dans certains cas observés permet même la poursuite d'existences bizarres qui joignent des fins délirantes à un curieux auto-didactisme. Ailleurs, sur le fond de déséquilibre habituel qui conditionne le chômage, se développent, à la faveur de ce statut social, des psychoses chroniques. Voici des exemples fournis par des paranoïaques, une cyclothymique, une psychasthénique.

OBSERVATION 36. — L. Hélène, née en 1892, professeur de musique, puis secrétaire.

Déséquilibre mental de type paranoïaque avec délire de persécution à base interprétative et imaginative.

Bachelière, Mlle L. se livre à des activités intellectuelles et artistiques dispersées : études de musique, de droit, et même de médecine avec fréquentation de services hospitaliers.

Cependant, elle est inscrite au chômage depuis 4 ans.

En même temps débute un délire relatif à un voisin, contre lequel la malade dépose une plainte.

Internement le 22 juin 1939.

OBSERVATION 37. — D. Lucie, née en 1890, secrétaire.

Déséquilibre mental de type paranoïaque avec délire interprétatif.

Secrétaire dans des bureaux auxiliaires dans une ville de l'Est jusqu'en 1932, la malade vient à Paris en 1934, elle est inscrite au chômage depuis 1935. Elle suit des cours d'infirmière, cherche des aventures.

Un délire d'interprétation se constitue depuis la ménopause, 1936. Une voisine, Tchecoslovaque, la persécute depuis que la malade a découvert une organisation d'espionnage. Démarches auprès des ministères.

Internement le 5 février 1939.

OBSERVATION 38. — G. Eugénie, née en 1886, divorcée puis remariée, cartonnienne.

Déséquilibre mental de type paranoïaque sur lequel apparaît une psychose hallucinatoire avec appoint alcoolique.

De caractère toujours difficile, autoritaire et paresseux, elle cessé pratiquement de travailler en 1930.

Chômage depuis 1934 ; son mari est également chômeur.

La psychose se constitue depuis 1936 et évolue par bouffées hallucinatoires et anxieuses. Les voisins l'épient, montent sur le toit pour les surveiller, jalourent l'excellent parti qu'elle et son mari tirent de leur indemnité de chômage, et intriguent pour obtenir leur radiation.

Internement du 23 décembre 1938 au 10 juillet 1939. Réinternement le 29 octobre 1939.

OBSERVATION 39. — Ch. Blanche, née en 1891, femme de ménage.

Déséquilibre mental de forme cyclothymique avec diabète insipide. Elevée à la fondation Vallée, cette malade, dont les connaissances sont limitées, se trouve aux frontières de la débilité mentale, elle présente une instabilité d'humeur de teinte hypomaniaque.

Travail irrégulier avec *chômage intermittent*.

Internement le 25 avril 1940, à l'occasion d'un accès d'excitation délirante en rapport avec un apPOINT alcoolique occasionnel.

OBSERVATION 40. — Ler. Louise-Paulette, née en 1903, divorcée, conditionneuse.

Psychasthénie avec états obsédants, asthénie, fatigue, sentiment d'impuissance.

Mariée en 1925, ne vit que 3 mois avec son mari, divorce en 1932.

Chômage depuis le 9 février 1937.

Elle est soignée à l'hôpital Henri-Rousselle pendant 15 jours en 1937.

Internement du 2 au 24 décembre 1938.

2° Le domaine professionnel de la *débilité mentale* est de plus en plus restreint dans les grandes villes. J. Vié (15) et A. Patet dans sa thèse (16) ont dit combien les complications actuelles de la vie, les nombreuses conditions, de plus en plus difficiles à remplir à l'entrée des diverses professions, rejettent peu à peu les débilés dans les cadres de l'assistance. Ils sont naturellement parmi les premiers licenciés lors des réductions de personnel, ou lorsque leur insuffisance, spontanément ou sous l'influence de l'alcool, s'avère plus évidente. Ils tiennent certainement une place notable parmi les rangs des chômeurs, et ne parviennent entre les mains des psychiatres que s'il s'ajoute à la débilité simple quelque note psychosique supplémentaire.

OBSERVATION 41. — D. Yvonne, née en 1893, domestique.

Débilité mentale avec hypoaousie prononcée.

Placée à 11 ans à la Fondation Vallée, elle passe de là à Maison-Blanche, puis à Agen, d'où elle ne sort qu'à 27 ans, en 1920.

« Elle faisait les poubelles », dit-elle, et était inscrite au chômage « depuis quelque temps ».

Internée le 15 avril 1939 à la suite d'une bagarre sur la voie publique, elle porte des signes d'*imprégnation alcoolique*. Elle a des troubles du caractère, et son incapacité sociale est complète.

OBSERVATION 42. — Ca. Elise, née en 1902, femme de chambre.

Débilité mentale avec idées mystiques, troubles du caractère, hypoaousie, élocution difficile, éhétivisme.

Elle a toujours cherché en vain du travail, elle est, dit-elle, inscrite au *chômage* depuis 9 mois.

Internée dans un état de subexcitation coléreuse, le 21 mars 1940.

OBSERVATION 43. — B. Jeanne, née en 1895, divorcée, couturière.

Débilité mentale avec idées délirantes de persécution.

Elle se dit victime d'une affaire qui remonte à 7 ans, et dans laquelle elle fut citée comme témoin lors d'un enquête judiciaire.

Elle est inscrite au *chômage* depuis un an : « Je suis au chômage, dit-elle, parce qu'on m'a retenue comme cela, parce qu'il y a des milliers d'ouvrières étrangères comme cela. »

Internement dans un état de subexcitation le 1^{er} juillet 1939.

Il va de soi que les cas de cette dernière série ne relèvent du chômage que d'une façon bien occasionnelle. Déséquilibrés ou débiles, ce sont des insuffisants sociaux incapables d'un travail régulier et, pour certains, d'un travail quel qu'il soit. Ils gonflent artificiellement les cadres du chômage, et posent le problème important à l'heure actuelle, de la répartition adéquate des divers éléments de la population suivant les conditions dans lesquelles ils peuvent trouver leur adaptation la plus favorable.

Conclusions

Au terme de cette étude, nous voudrions dégager quelques conclusions pratiques. Car notre but n'a pas été d'individualiser un type pittoresque nouveau de « psychoses » ou « névroses de chômage » qui se ramènent en fait aux troubles mentaux réactionnels, mais de montrer que chez certains chômeurs existent des déficiences ou des affections psychiques susceptibles de bénéficier d'une action médicale. Leur qualité de chômeurs qui les fait participer à un mode d'assistance sociale, et l'indemnité même qui leur est allouée, leur donnent la possibilité de mener une vie réduite, à l'abri de laquelle on laisse évoluer à bas bruit, dans des conditions qui ne les révèlent que difficilement, des troubles appelés à devenir de plus en plus préjudiciables.

La première série de cas a fait aborder les modalités par lesquelles le *chômage* se montre *pathogène*. Son triple rôle de choc moral, de désadaptation et de désœuvrement s'exerce de façon élective sur des prédisposés qui évoluent dans un milieu social néfaste ou qui sont livrés à l'isolement. Souvent, les déficiences physiques, l'artério-sclérose, l'insuffisance hépato-rénale, l'as-

thénie consécutive aux maladies infectieuses, la tuberculose, l'alcoolisme aggravent la prédisposition initiale. Ce serait une œuvre de prophylaxie mentale efficace que de dépister ces méiopragies, de les traiter et de limiter par là les conséquences sociales désastreuses du chômage.

Dans la seconde série des cas, le chômage est l'*effet* de maladies ou d'insuffisances mentales.

Certains malades, grâce à l'indemnité qui leur permet de continuer une vie autonome, échappent longtemps au traitement médical ; or, celui-ci n'a toute son activité que lorsqu'il est assez précoce. L'exemple le plus évident est celui de la paralysie générale, et il en est de même pour la tuberculose, sur laquelle notre attention a été attirée par notre pratique au pavillon sanatorial de Maison-Blanche. Les thérapeutiques plus actives dont la psychiatrie dispose avec l'insuline et le cardiazol justifient les mêmes remarques pour bien des cas de psychoses hallucinatoires subaiguës ou même bien des cas de psychoses d'allure chronique.

Enfin, pour tous les malades, l'éloignement de toute directive médicale favorise la marche plus rapide vers le parasitisme et la dégradation sociale qui guettent les délirants abandonnés à eux-mêmes. Pour les séquelles fixées, pour le déséquilibre et la débilité mentale, une autre tâche est à envisager, tâche de reclassement, de direction vers des modes de vie, vers des professions en rapport avec les capacités intellectuelles et motrices de chaque sujet.

Nous pensons qu'il y aurait intérêt à étudier d'une façon systématique, — et non pas seulement au point de vue mental — l'état sanitaire des chômeurs lors de leur inscription, et de revoir l'état sanitaire de ceux qui sont inscrits depuis un long délai (cf. 9). Nous n'avons pu ici, en partant de notre spécialité, exposer que l'une des faces de cette opération que nous présumons fructueuse (19, 20).

Bibliographie

1. Les effets de la crise économique dans le domaine de l'Hygiène mentale. Rapport présenté au Comité d'Hygiène publique de la Société des Nations, Genève, 10 novembre 1932.
2. H. BOGEN. — Grundlinien zu einer Sozialpsychologie der Arbeitslosen. *Psychotechnische Zeitschrift*, 1932, VII, 2-3.
3. O. M. HALL. — Attitude of unemployed and employed engineers. *Personnel Journal*, 1933, XII.
4. R. O. BECKMANN. — Mental perils of unemployment. *Occupation Vocational guidance Magazine*, 1933, XII, 4.

5. ZAWADSKI et LAZARSFELD. — The psychological consequences of unemployment. *Journal of Social Psychology*, 1935, 224.
6. SACERDOTE. — La disoccupazione quale causa di minorazione. *Arch. ital. di Psicologia*, 1937, 1.
7. GATTI. — La disoccupazione come crisi psicologica. *Arch. ital. di Psicologia*, 1937, 1.
8. GOLZIO. — Un'indagine statistica sulla composizione di un gruppo di disoccupati. *Arch. ital. di Psicologia*, 1937, 1.
9. G. FERDIÈRE. — Rapports au Congrès international de « Médecine et Travail », Paris, juillet 1937.
10. E. MIRA. — Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux. Rapport au Congrès international d'Hygiène mentale, Paris, juillet 1937.
11. LAIGNEL-LAVASTINE, G. D'HEUCQUEVILLE et SAMBRON. — Tentatives de suicide répétées chez un instable déprimé sans travail. *Soc. Méd.-Psych.*, 13 février 1936.
12. J. VIÉ. — Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez des déséquilibrés. *Soc. Méd.-Psych.*, 27 avril 1936.
13. BERTRAND. — L'enfance malheureuse dans le cadre scolaire. *Revue des établissements et des œuvres de bienfaisance*, décembre 1939.
14. LÉVY-VALENSI, H. PÉQUIGNOT et F. PASCHE. — Une observation de traves-tissement tardif. *Soc. Méd.-Psych.*, 11 mai 1939.
15. J. VIÉ. — A propos du nombre des aliénés. Le seuil de résistance psychique et les difficultés de la vie. *Congr. d'Hyg. Ment.*, Paris, juillet 1937.
16. A. PATEL. — Contribution à l'étude de la Socio-pathologie. *Thèse Paris*, 1939.
17. Mlle SERIN et TARGOWLA. — Une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris. *Acad. de Méd.*, 7 mars 1939.
18. LAIGNEL-LAVASTINE. — Leçons sur les psychoses réactionnelles. Clinique des maladies mentales de l'Université de Paris, novembre 1939.
19. J. VIÉ, G. FAIL et Mme OPOLOX. — Chômage et psychopathie. Commun. à l'Acad. de Méd., Paris, 17 septembre 1940.
20. Depuis la rédaction du présent travail en septembre 1940, ont eu lieu d'intéressants essais de dépistage de la tuberculose chez les chômeurs. Citons notamment : GUY ALBOT, G. BROUET, R. LE CANNET et Mme M. PARTURIER-LANNEGRACE. — Résultats de dépistage radiologique systématique de la tuberculose pulmonaire chez de jeunes chômeurs de la région parisienne. *Pressc médicale*, 17 mai 1941.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 23 Février 1942

Présidence : M. André BARBÉ

Décès du D^r Martin-Sisteron

En ouvrant la séance, *M. le Président* annonce la mort de M. le D^r MARTIN-SISTERON, médecin des hôpitaux de Grenoble, médecin de la Maison de Santé « Le Coteau » à Saint-Martin-le-Vinoux (Isère), *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 26 janvier 1942 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r QUERCY, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

une lettre de M. le D^r LÉON MICHAUX, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de Mlle le D^r ELISABETH JACOB, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), qui pose sa candidature au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. BARBÉ, DEMAY et H. BEAUDOUIN, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 23 mars 1942 ;

une lettre de M. le Dr Roger COULONJOU, médecin-psychiatre de la Marine, qui pose sa candidature au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, HESNARD et CARRETTE, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 23 mars 1942.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. H. BEAUDOUIN, au nom d'une Commission composée de MM. H. BEAUDOUIN, BRISSOT et HEUYER, sur la candidature de M. le Dr DEVALLET ; et d'un rapport de M. BESSIÈRE, au nom d'une Commission composée de MM. BESSIÈRE, CLAUDE et LAIGNEL-LAVASTINE sur la candidature de M. le Dr Lionel VIDART, il est procédé au vote :

Nombre de votants	15
Majorité absolue	8

Ont obtenu :

MM. DEVALLET	15 voix
VIDART	15 —

MM. les Drs Jacques DEVALLET, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bailleul, et Lionel VIDART, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Un cas d'incendie volontaire dû à l'irritabilité chez un alcoolique chronique, par MM. BRIAU et Claude POTIER.

En vous rapportant l'observation suivante, nous nous proposons seulement de produire un document qui pourrait être utile à l'étude de l'incendie volontaire pathologique. Dans toutes nos lectures d'observations relatant des actes incendiaires commis par des alcooliques chroniques sujets à des troubles de l'humeur et du caractère nous avons constaté que, en dehors de tout délire, il fallait généralement l'intervention de l'ivresse pour déclencher l'impulsion incendiaire. Nous pensons que dans le cas de notre malade le mécanisme est différent,

OBSERVATION. — R... est inculpé d'incendie volontaire. Il a mis le feu à sa propre maison un dimanche d'octobre dernier, étant seul au logis et, autant qu'il est possible de le dire, n'ayant, depuis la veille au soir, fait aucun usage de boissons alcoolisées. L'incendie a dévasté les pièces d'habitation, la buanderie, l'écurie, l'étable, le grenier et la grange contenant la récente récolte de blé, d'avoine et de foin. En présence de ce spectacle, qui signifiait pour lui la ruine totale de son avoir, puisqu'il n'était pas assuré, R... est resté impassible, refusant d'aider les sauveteurs, les encourageant même à laisser l'incendie faire son œuvre. Aux gendarmes, venus sur les lieux du sinistre, il a déclaré sans gêne qu'il était l'auteur de l'incendie. Il se déclara même satisfait de son acte et de ses conséquences.

Il semble que cette attitude, au moins paradoxale, se soit modifiée assez rapidement, si on en eroit le sujet des méditations qu'il a pu faire dans sa prison au cours de la nuit suivante : « Minee, quelle « bêtise que j'ai fait, dire que je n'ai fait du mal qu'à moi... » Durant son incarcération et avant notre examen, il s'est comporté de façon normale, ne donnant lieu à aucune observation de la part du personnel de surveillance. Seul le caractère paradoxal de son acte a incité le magistrat instructeur à ordonner un examen mental.

Lors de notre examen, nous nous sommes trouvés en présence d'un individu de 59 ans, mais paraissant plus âgé, de type pyénique, au faciès vultueux, aux conjonctives subictériques, présentant du tremblement marqué des extrémités, un petit foie et des réflexes tendineux exagérés. Ajoutons qu'il était sujet à des troubles du sommeil habituels aux alcooliques et à des pituites matinales. L'examen des yeux montrait seulement une cataracte double à son début.

Il s'est prêté de bonne grâce à notre examen, manifestant seulement quelques signes d'impatience à la fin de l'interrogatoire ; peu loquace, mais répondant de façon précise aux questions posées. Nous avions l'impression qu'il lui fallait fournir un certain effort pour corriger l'insuffisance de ses possibilités d'attention et de mémoire. Dans le détail, cependant, nous avons pu vérifier que sa mémoire des faits anciens était suffisamment conservée. Pas de troubles du jugement. Son niveau intellectuel est moyen, et doit être considéré comme celui d'un homme de son milieu et de sa condition. Pas d'idées délirantes. Pas de troubles sensoriels. Aucune obsession n'a pu être mise en évidence. Au moment de l'examen, il s'est montré calme, encore que visiblement ému, mais maîtrisant son émotion. Malgré tout, à la fin de l'interrogatoire, nous avons pu constater combien il était facilement irritable. Cette constatation nous expliquait par avance les conflits multiples qui l'opposaient à chaque instant à son entourage, conflits dont nous aurons à parler plus longuement. Son sens moral n'était certes pas aboli, mais il nous a paru émoussé, ce qu'explique fort bien une longue pratique de l'alcoolisme.

Il nous semble inutile d'insister sur ses antécédents pathologiques,

parmi lesquels nous avons relevé un épisode émotionnel en 1915, incident qui, à l'examen, se révèle avoir été de très minime gravité. Par contre, l'importance de l'intoxication éthylique est confirmée par une crise hépatique grave survenue il y a cinq ans et ayant déterminé des hémorragies digestives. Il n'a pas d'antécédents syphilitiques. Les examens humoraux pratiqués depuis son entrée dans le service sont demeurés négatifs. Aucun antécédent héréditaire notable.

Il appartient à une famille pauvre et a été élevé dans les mœurs un peu rudes du milieu rural. Sa fréquentation scolaire a été brève. Il a travaillé de bonne heure chez les autres. Il devint assez dur pour lui-même et pour autrui. Il a su, par ailleurs, utiliser au mieux le produit de son travail puisque, sans ressources personnelles, il est parvenu à acquérir des biens assez importants, grâce à son esprit d'ordre et d'économie. A aucun moment de son existence, il n'a été l'objet de poursuites judiciaires. La seule tare morale de sa vie sociale est son alcoolisme déjà ancien. Il buvait d'une façon habituelle, et parfois en quantité excessive, indifféremment du cidre, du vin et de l'alcool. Cette intoxication chronique a déterminé chez lui, comme il est classique de l'observer, une diminution du sens moral qui s'est traduit, entre autres conséquences, par un relâchement des mœurs. Sa vie familiale a été fertile en incidents. Abandonné par sa première femme, en raison de son inconduite, il s'est montré dans son second ménage une sorte de tyran susceptible, irritable, intransigeant et brutal. Des conflits réitérés et récents avec sa seconde femme et son beau-fils, vraisemblablement alcoolique comme lui-même, ont créé chez lui une haine s'accompagnant d'exaltation passionnelle. C'est cette atmosphère morale qui régnait à son foyer, lorsqu'il a commis son acte incendiaire.

Placé à l'hôpital psychiatrique de Clermont, il s'est montré légèrement déprimé au début de son séjour. Ses déclarations relatives aux circonstances de l'acte qu'il a commis sont identiques à celles qu'il a faites en prison à l'expert. Les explications mêmes qu'il donne de son acte n'ont pas varié dans le fond. Par suite de la désintoxication, son état s'est beaucoup amélioré.

L'observation n'a révélé aucun trouble grossier des facultés intellectuelles. Sa mémoire et son attention sont bonnes maintenant. Il fait preuve d'une certaine acuité de l'esprit d'observation dans les jugements qu'il porte sur les compagnons qu'il a rencontrés en prison, puis à l'asile. Il discute de ses affaires d'intérêt de façon pertinente, correspond avec le notaire chargé de ses affaires. Il apparaît, par conséquent, que l'affaiblissement intellectuel est très minime chez lui. Aucune idée délirante ne s'est révélée à l'observation. Son comportement est correct et il s'occupe régulièrement à l'exploitation horticoles, se montrant très sociable. Par contre, il conserve son aspect de vieil éthylique encore subicélique, congestif, légèrement tremulant.

Nous avons cherché à déterminer les mobiles exacts de l'acte commis par R..., et pour ce faire nous avons tenté de reconstituer dans le détail le climat psychologique existant dans la période qui a précédé immédiatement l'accomplissement de cet acte. Antérieurement à cette période, R..., nous le savons, était un alcoolique chronique moyennement imprégné, peu affaibli intellectuellement, non délirant, mais sujet aux troubles de l'humeur et du caractère, habituels chez les éthyliques. Rien dans son histoire ne peut faire penser que nous nous trouvions en présence d'une épilepsie même larvée. Son acte, en effet, n'a pas été une impulsion inconsciente et amnésique. Son niveau intellectuel ne permet pas de le considérer comme un débile méconnaissant l'importance de ses actes. Son acte ne s'explique pas non plus par une idée délirante ou par un état hallucinatoire. Il ne s'explique pas davantage par une obsession et ne saurait être rapporté à la pyromanie.

Alcoolique chronique, il n'était pas en état d'ivresse le matin où il a incendié sa ferme. Par contre, dans son récit, nous trouvons l'indication d'une réaction coléreuse. Nous savons en effet que, depuis plusieurs mois, la conduite du beau-fils de R... était l'origine de discussions violentes dans le ménage, que R... avait chassé le jeune homme de chez lui, que la mère ne pouvant obtenir son retour au foyer avait décidé d'abandonner le domicile commun, et qu'effectivement elle en était partie l'avant-veille. R... en avait conçu un violent dépit, et dans la soirée qui précéda son acte incendiaire, ayant rencontré son beau-fils au cabaret, il avait failli se battre avec lui. Le jeune homme, chassé par l'aubergiste, était venu commettre des déprédations au domicile de son beau-père. Ainsi s'expliquent parfaitement les origines de la colère survenue chez R..., lorsque, à son lever, il a réalisé le départ de sa femme et les dégâts causés à son domicile par son beau-fils. Nous pensons, d'après les données de son interrogatoire, que cet état de colère a pu faire naître chez lui l'idée d'un acte de vengeance destiné à priver sa femme d'un abri et son beau-fils d'un héritage éventuel. Cet acte était d'ailleurs particulièrement absurde puisqu'il le ruinait lui-même d'abord. Il nous semble que les sentiments qui l'animaient résultant d'une haine à l'égard de son beau-fils et du dépit de voir sa femme prendre parti pour lui, s'apparentent au sentiment de jalousie qui prend si facilement naissance dans l'affectivité des alcooliques. Sa haine pour son beau-fils et son ressentiment à l'égard de sa femme avaient déterminé chez lui un véritable état passionnel. Estimant son au-

torité de chef de famille méprisée et son amour-propre blessé, il montra d'abord une tendance revendicatrice : il exigea que son beau-fils parte de chez lui, puis une tendance persécutrice : quand sa femme le quitta, pour la priver elle et son fils d'un domicile et de moyens d'existence, il incendia sa ferme, dans une impulsion coléreuse, dans un état d'exaltation passionnelle. Sa haine ne se serait pas manifestée avec une pareille intensité sans l'irritabilité qu'il présentait du fait de son intoxication éthylique chronique.

M. RONDEPIERRE. — L'intéressante communication de M. Pottier met en relief la difficulté du problème médico-légal quant à la responsabilité des alcooliques chroniques. J'ai eu l'occasion d'expertiser l'un de ceux-ci qui avait tué son fils dans des conditions un peu analogues, c'est-à-dire en dehors de toute confusion mentale. J'avais conclu à la responsabilité totale et force m'avait bien été, pour apprécier l'état mental « au moment de l'acte reproché », de m'appuyer sur les circonstances de fait. J'avais notamment insisté sur les précautions prises par l'inculpé dans la préparation de sa voiture (remettre eau et alcool dans le radiateur — on était en hiver), qu'il conduisit lui-même, de nuit, durant plusieurs kilomètres, pour aller chercher le médecin. L'avocat me reprocha violemment de « m'être fait l'auxiliaire du Procureur » et me demanda si une émotion violente n'était pas capable de dégriser subitement un individu, à quoi j'eus évidemment beau jeu pour répondre qu'une telle évaporation soudaine de l'alcool du sang était contraire à toute donnée physiologique. Le criminel n'en fut pas moins acquitté et la malheureuse veuve, partie civile, condamnée aux dépens.

M. H. BEAUDOUIN. — Cette observation met en effet en relief la difficulté habituelle des conclusions médico-légales, lorsqu'il s'agit d'alcooliques, et hormis, bien entendu, les cas avérés de confusion mentale ou de démence au sens propre.

Dans le cas présent, la réaction paraît relever d'une manifestation d'exaspération, selon la conception de Logre, et la question médicale stricte semble être celle de l'acoolisme sous-jacent. Or, j'ai eu l'impression que M. Pottier tirait volontiers argument de la « gravité » de la réaction, et je me demande si, dans la règle, on ne devrait pas, au contraire, considérer les choses à l'inverse. Pour ma part, je crois que la solution qui permet le « sevrage » maximum mérite d'être retenue et c'est exceptionnellement que j'ai préconisé l'internement dans des cas de cet

ordre. J'ai le souvenir de l'avoir fait une fois en arguant, préémissément, que la détention préventive ayant atteint le maximum prévu pour un délit assez peu grave, il y avait intérêt social à mettre le sujet hors d'état de nuire en le faisant interner.

M. BRISOT. — Il y a sans doute des signes d'alcoolisme chronique, mais le sujet n'a pas présenté de signes de confusion ; il n'est pas paranoïaque ; son but évident est la vengeance ; peut-on parler dans ces conditions d'une réduction de la responsabilité ?

M. DEMAY. — Ce cas s'apparente à ceux que MM. Logre et Fouquet considèrent comme liés à l'hyperémotivité morbide.

Résultats obtenus par l'électro-choc dans diverses affections mentales, par M. TISON.

Cette communication vient s'ajouter à celles faites ici par MM. Rondepierre, Lapipe, Leulier, Casalis, Leclerc et Brousseau sur l'électro-choc. Initié à la méthode par M. Rondepierre, en collaboration avec mes collègues de la Maison de Santé de Saint-Mandé, nous l'appliquons depuis le début de septembre 1941. Nous avons jusqu'ici traité par l'électro-choc 47 malades, dont quelques-uns sont encore en cours de traitement, ce qui représente environ 450 chocs. L'âge des malades variait de 19 à 63 ans.

Commençons par dire que, comme les autres auteurs, nous n'avons eu à enregistrer aucun incident sérieux. Dans un cas seulement, nous avons eu chez une malade une courte période d'apnée qui a rétrogradé aussitôt sous l'influence de quelques mouvements de respiration artificielle. Les malades acceptent, dans l'ensemble, très bien le traitement, et n'y opposent, sauf cas de négativisme général, aucune résistance. A signaler toutefois, chez certains émotifs très conscients de leur état, psychasthéniques et obsédés, une certaine appréhension apparaissant non pas d'emblée, mais après plusieurs séances, et ne constituant pourtant pas de véritable obstacle. Par contre, d'autres sujets constatant sur eux-mêmes les résultats heureux du traitement, viennent réclamer le renouvellement des séances.

Tous les malades, avant l'application du traitement, avaient été minutieusement examinés au point de vue général et plus par-

ticulièrement au point de vue de l'appareil cardio-vasculaire. Dans la majorité des cas, l'électro-cardiogramme avait été pratiqué. Nous nous en sommes abstenus chez quelques malades jeunes, ne présentant aucun signe clinique d'une affection organique. Du reste, dans aucun cas, l'électro-cardiogramme n'avait révélé d'anomalie contre-indiquant l'électro-choc.

Le nombre des chocs a été variable. L'amélioration survenant d'habitude, comme l'a signalé M. Rondepierre, dès les premiers chocs, au quatrième le plus souvent, il nous est arrivé de nous en tenir là, l'amélioration obtenue ainsi se maintenant et s'accroissant même d'elle-même. Dans certains cas, où la modification favorable semblait oscillante, nous avons pratiqué avec succès des chocs d'entretien à des intervalles plus espacés. Un des avantages de la méthode consiste également en ce qu'elle peut être appliquée à des malades externes sans nécessiter leur hospitalisation.

Pour ce qui est des résultats du traitement, au lieu de répartir les malades en groupes séparés, selon une classification donnée, pour indiquer ensuite dans chaque groupe les cas favorables et défavorables, nous procéderons d'une façon un peu différente. Les classifications psychiatriques étant encore loin d'être univoques, et présentant pas mal d'écueils en regard de la complexité des cas cliniques, il nous a paru préférable de grouper tous les cas favorables d'une part, et les cas sans résultat d'autre part, pour voir ensuite s'il était possible de dégager le trait essentiel commun à chacun des deux groupes ainsi constitués.

Nous croyons pouvoir dire que les cas favorables sont ceux dans lesquels le trouble de l'humeur prédomine. Ce sont donc des malades chez lesquels le facteur périodique ou intermittent intervient d'une façon nette, c'est-à-dire dans l'observation desquels on note des accès antérieurs, le caractère de ces accès (nettement maniaco-dépressif, discordant, de nature schizophrénique, confusionnel, obsédant, ou sous forme de bouffées délirantes) étant de moindre importance pour les effets du traitement. Dans le même groupe se rangent des cas qui sont à leur premier accès, mais qui partagent avec les précédents le même trait commun.

Par contre, tous les cas fixés déjà, chez lesquels le facteur émotionnel s'est estompé pour laisser la première place à des troubles bien ancrés et intellectualisés, que ce soient des schizophrènes, des obsédés anciens, ou des cas de psychose à base d'automatisme mental, présentent peu de chance d'amélioration durable.

De cette manière, l'électro-choc agit avant tout sur les cas chez lesquels on constate une certaine mobilité du psychisme, mobilité qui conditionne aussi une tendance naturelle à la guérison. Cela, à première vue, peut faire naître des doutes au sujet de l'efficacité réelle de l'électro-choc. Pourtant, l'expérience démontre bien qu'il ne saurait s'agir de simples coïncidences : amélioration après quelques séances chez des malades atteints depuis de longs mois, de même que chez des malades se trouvant en plein accès, ou au début de celui-ci. La comparaison avec la durée des accès précédents exclut également cette éventualité. Les faits en présence desquels on se trouve sont de telle nature et parfois si impressionnants qu'on ne peut pas nier l'existence d'un rapport de cause à effet. L'électro-choc constitue incontestablement une méthode qui est venue enrichir notre thérapeutique psychiatrique.

Dans les 47 cas traités, nous éliminons 7 cas qui sont encore en cours de traitement, et 2 dont le traitement a été interrompu prématurément. Sur les 38 cas restant, nous rangeons 20 cas dans le premier groupe, c'est-à-dire dans le groupe des résultats favorables.

Entre ce groupe et celui des insuccès, nous plaçons un groupe de malades qui, sans qu'il puisse être question chez eux d'une guérison complète, ont présenté, sous l'influence de l'électro-choc, des modifications intéressantes de leur état. Ce sont des malades complexes, dans le tableau clinique desquels divers facteurs pathologiques semblent intervenir conjointement. Là l'électro-choc joue le rôle d'un analyseur. Il élimine, conformément à ce qui a été dit à propos du groupe précédent, tout ce qui se trouve sous la dépendance des troubles de l'humeur, en laissant en place les autres symptômes fixés déjà, et selon que les facteurs de l'humeur ou les fixités pathologiques dominent, l'amélioration sera plus ou moins importante.

Dans le troisième groupe de nos malades, c'est-à-dire de ceux où le traitement est resté sans effet, nous rangeons douze malades. Ce chiffre pourtant n'a qu'une valeur relative en ce sens que nous avons soumis au traitement des malades chez lesquels soit à cause de la durée de l'affection, soit à cause de son caractère, les chances d'un résultat positif étaient d'emblée nulles. Ainsi, nous trouvons dans ce groupe deux cas de schizophrénie très ancienne et fixée, trois cas de schizophrénie simple à évolution insidieuse chez des jeunes gens, avec déficience déjà marquée de la personnalité, c'est-à-dire des cas de démence précoce type Morel. Ces trois cas ont présenté, au cours du traitement,

une légère amélioration du comportement, amélioration qui a été fugace et sans importance. Viennent ensuite un cas d'excitation aiguë, à forme discordante, une psychose hallucinatoire chronique, deux cas de psychasthénie constitutionnelle dont l'un est une grande obsédée depuis dix ans et l'autre une psychasthénique chronique, et enfin trois cas de mélancolie d'involution à forme grave et atypique. De cette manière, ces cas viennent à l'appui de notre thèse au sujet de l'action de l'électro-choc, à savoir qu'elle dépend plutôt des mécanismes encore mobilisables, que de la nature des troubles mentaux.

Mais si le résultat thérapeutique dans les cas précités a été nul, cela ne doit pas nous empêcher de signaler quelques constatations relevées au cours du traitement. Le problème soulevé par les traitements convulsivants ne saurait être épuisé par une simple statistique. A côté des résultats obtenus, se placent des faits d'ordre psychopathologiques ou psychophysiologiques présentant, même si le cas est négatif, un grand intérêt. Ainsi, chez une de nos mélancolies d'involution de longue durée avec syndrome de Cotard et syndrome d'automatisme mental, les tout premiers chocs ont provoqué une modification remarquable donnant l'impression d'une véritable résurrection. Cette modification ne s'est pourtant pas maintenue et les chocs suivants sont restés sans effet. Pour courte qu'ait été cette éclipse, elle n'en projette pas moins une certaine lumière sur la réversibilité des symptômes présentés par notre malade.

Parmi les problèmes psychopathologiques soulevés par l'électro-choc se range l'étude plus attentive de l'amnésie consécutive au choc. Sans pouvoir nous prononcer à ce sujet, nous croyons que cette amnésie n'est pas toujours la même. Elle varie selon les cas et, semble-t-il, peut se prolonger au-delà de la période confusionnelle consécutive au choc. Certains de nos malades, avant tout ceux qui présentent un facteur psychasthénique, ont accusé une faiblesse de la mémoire portant sur les faits de la vie quotidienne et ne s'atténuant que progressivement.

Nous rappellerons ici également l'appréhension à l'égard du traitement qui apparaît chez certains émotifs après plusieurs chocs, et qui nous paraît être davantage de nature psychophysiologique que psychologique et différer de la crainte de certains malades à l'égard du cardiazol, qui a pour point de départ le souvenir de l'aura pénible précédant la perte de connaissance.

Pour terminer, nous dirons encore une fois: il serait prématuré de se prononcer dès maintenant d'une façon définitive sur la

méthode. Les résultats acquis sont pourtant encourageants et justifient largement la continuation de cette thérapeutique. ,

M. RONDEPIERRE. — M. Tison m'a fort pertinemment expliqué pourquoi mes psychasthéniques obsédés ont guéri, alors que certains des siens comme certains du Professeur Cerletti ou de MM. Leulier, Leclerc et Casalis n'ont pas été modifiés ; chez les miens, malades internés, il s'agissait d'obsessions symptomatiques de psychose maniaco-dépressive, chez les autres, non internés, moins atteints *en apparence*, il s'agissait de ces psychasthénies constitutionnelles plus proches de la schizophrénie.

Dans les syndromes schizophréniques l'incurabilité par le seul électro-choc se confirme pour les cas vieux de deux ans, il faut toutefois en excepter les formes rémittentes qui sont une réalité clinique.

Je voudrais attirer l'attention sur les rechutes : sur une douzaine de mélancoliques sortis guéris de mon service, trois ont rechuté au bout d'un mois environ. La reprise du traitement redonne les mêmes bons résultats. Dans trois cas de confusion mentale évoluant depuis près de deux ans, les malades ont pu sortir en apparence guéris, leur comportement social, familial, est parfait, mais il est absolument nécessaire de provoquer à nouveau une crise convulsive tous les huit ou quinze jours, si l'on espère davantage les accès la psychose reparait ; non seulement les familles, mais les malades eux-mêmes, s'en rendent compte, et réclament le traitement ! Pendant combien de temps cette cure devra-t-elle être prolongée ? A la longue restera-t-elle inoffensive ? Ce sont des questions auxquelles il ne nous est pas encore possible de répondre.

Dans la psychose maniaco-dépressive l'électro-choc surclasse, nettement, l'insuline, médication dangereuse que nous réservons aux cas à pronostic réservé.

Le Professeur Cerletti vante surtout la plus grande rapidité d'action de sa méthode ; nous avons observé tout récemment une manie aiguë évoluant depuis deux ans, et pour la première fois, chez une femme de 46 ans, avec gâtisme et coprophagie, où l'électro-choc a amené la rémission complète après échec d'une cure d'insuline à doses comateuses.

Plusieurs fois nous avons vu les hallucinations disparaître alors que subsistait le délire, constatation qui ne manquera sans doute pas d'être exploitée dans un but dogmatique.

M. CASALIS. — Un confrère désirant faire soigner sa femme par cette méthode demandait récemment si les crises pouvaient être

obtenues par des courants toujours décroissants. Le fait étant établi, il aurait redouté une sensibilisation progressive et finalement l'aptitude à l'épilepsie spontanée. Or, il semble bien que la diminution d'intensité du courant n'est jamais nécessaire. La malade traitée a été rapidement améliorée.

M. GUIRAUD. — La pratique de l'électro-choc est encore à l'étude et on ignore tout de la durée idéale du traitement. J'ai observé une mélancolique, améliorée, qui a fait une rechute pendant la cure. On a l'impression que, dans certains cas, le traitement a été trop poussé. Les excès, quant à la durée et à l'intensité, ne sont pas sans danger pour le système nerveux. Si les mélancoliques sont souvent améliorés, les états schizophréniques paraissent réagir incomplètement. L'électro-choc peut encore être employé avec succès dans les états dépressifs résiduels de la paralysie générale..

M. BONHOMME. — L'électro-choc est un bon appoint thérapeutique et un moyen de diagnostic des obsessions, des mélancolies tardives et des confusions prolongées. Chez un sujet paranoïde, il peut créer et maintenir des intervalles lucides.

Persistance mentale morbide, par M. Maurice HYVERT.

La disparition des troubles mentaux, en apparence chroniques et indélébiles, à l'occasion de phénomènes traumatiques physiques ou psychiques, est une notion classique. L'on sait que des guérisons imprévues ont pu survenir chez des malades atteints de psychoses diverses sous l'influence de chocs physiques ou moraux, de maladies intercurrentes, parfois d'un changement de milieu. La thérapeutique s'est largement inspirée de ces faits avec des résultats parfois heureux, souvent incertains et en employant des techniques variées, aux actions sans doute très différentes.

On peut se demander si des états pathologiques aussi totalement réversibles ne sont autre chose que des attitudes morbides ayant persisté après la disparition de la cause provocatrice. Cette persistance pourrait d'ailleurs être de très longue durée et atteindre plusieurs décades, ainsi qu'en font foi certaines observations.

Mais, avant d'étudier plus complètement ce phénomène, précisons-le d'abord par des faits. Voici deux observations qui ont sur ce sujet une très grande valeur démonstrative. Elles se rapportent

à deux malades atteints de mélancolie, syndrome où la persistance s'observe avec le plus de netteté.

OBSERVATION I. — P... François, âgé de 50 ans, entre en mai 1932 à l'asile, et présente un état de mélancolie grave avec tentatives de suicide ; tristesse profonde, bradypsychie et bradycinésie, périodes d'anxiété intense entraînant une agitation difficile à calmer. La conversation est presque impossible. Cependant, on décèle peu à peu un délire classique de ruine sociale avec idées de destruction physique et psychique prématurée, sans syndrome de Cotard, rien d'anormal dans le sang et les urines. Amaigrissement, pâleur, subictère. Premier internement.

Le seul traitement appliqué consiste dans l'alitement continu, dans une alimentation aussi peu toxique que possible (souvent à la sonde), dans l'administration de diurétiques légers et dans les soins qu'entraînent de petits troubles inconstants et variés.

En dehors de la disparition des crises anxieuses, aucun changement ne se manifeste pendant dix mois. C'est alors qu'en quelques semaines se produit une modification importante dans l'état physique. Le malade engraisse et en moins d'un mois reprend dix kilos, tandis que son teint se recoloré. En même temps, il parle un peu plus. Aussi, est-il possible de mieux connaître son état mental. Les idées délirantes ont le même contenu que précédemment, mais beaucoup plus riche parce que plus abondamment objectivé. Le tableau devient alors en quelques mois celui du mélancolique chronique. Le malade traîne lamentablement son asthénie et sa tristesse. Son aspect très négligé, son attitude atone, sa conversation polarisée, donnent une impression très fâcheuse, qui permet de porter un pronostic sombre.

Quatre ans environ après l'entrée, alors que la chronicité paraît évidente, le fils du malade demande à le prendre quelque temps en permission ; et, en raison de la docilité actuelle, celle-ci est accordée. Le malade quitte l'asile, mélancolique chronique. Il revient un mois après complètement transformé. Il est réellement méconnaissable ; habillé de neuf, rasé de près, il se tient droit, le visage ouvert et souriant. Il ne présente aucune tristesse, ni aucune anxiété, et les idées délirantes ont complètement disparu. Il en fait même une critique très pertinente et se demande comment il pouvait s'exprimer ainsi. Par son fils, nous apprenons que la transformation s'est effectuée, dès la sortie de l'asile, et en quelques heures est apparue très profonde. Elle s'est accentuée les jours suivants.

L'intérêt de cette observation est évident. Le malade présentait le tableau typique du mélancolique chronique. On avait assisté au passage à la chronicité, lors de l'amélioration de l'état physique. La guérison de l'état mental a été provoquée par la sortie.

Devant cette brutale transformation on pourrait évoquer l'idée

d'une coïncidence en émettant l'hypothèse de la cessation brusque d'un état périodique. Ceci toutefois reste peu vraisemblable et il est bien difficile de refuser toute action au bouleversement psychologique provoqué par la sortie chez un malade déjà ancien. En outre, si le fait était unique, il n'aurait peut-être pas grande valeur, mais il a été choisi à titre d'exemple parmi d'autres semblables.

OBSERVATION II. — M... Amélie, 52 ans, entre à l'asile en juillet 1933. Elle présente un état mélancolique avec idées de suicide. L'anxiété domine la scène. Elle est très vive et entraîne une semi-agitation, qui oblige à une surveillance continue. A plusieurs reprises, la malade essaie de se pendre et c'est de justesse que l'on peut arriver à l'en empêcher. L'état général est médiocre : amaigrissement, pâleur, langue saburrale, conjonctives subictériques, pouls rapide, tension artérielle : 9-6. Rien d'anormal dans le sang ni dans les urines.

Elle reçoit comme traitement des extraits hépatiques et des extraits testiculaires à haute dose. En un mois, l'anxiété disparaît. La malade objective alors un délire typique d'auto-accusation, dont voici le thème : Grande criminelle, elle est la cause de la ruine de sa famille ; on la guette pour la promener nue sur un âne et la brûler vive ensuite. Après disparition du paroxysme anxieux, le tableau est donc celui de la mélancolie délirante. L'état général reste médiocre. L'inactivité est totale.

L'état reste stationnaire pendant environ six mois. On note alors une amélioration importante de l'état physique : reprise de l'embonpoint, recoloration du faciès ; augmentation de la tension artérielle : 11-7. En même temps, une petite activité pragmatique devient possible, mais le délire reste immuable.

Un an plus tard, la malade va travailler chez le médecin traitant et elle est alors observée de plus près. Elle accomplit les tâches qu'on lui confie avec intelligence et application, mais il est toujours impossible de lui parler d'autre chose que de son travail, sans ramener immédiatement le comportement délirant, qui reste immuable. La tristesse est constante et l'on n'obtient jamais le moindre sourire. Malgré un travail régulier, la chronicité semble établie.

Après six mois, c'est-à-dire deux ans après l'entrée, bien qu'aucune modification ne se soit manifestée, la malade, qui refuse de sortir se promener avec son mari, accepte d'aller jusque chez elle avec le médecin traitant. En sortant de l'Etablissement, elle regarde avec crainte autour d'elle et se renferme dans un mutisme complet. Mais aussitôt arrivée à son domicile, elle prend un comportement inattendu : reprise par l'atmosphère familiale, elle se retrouve brusquement en possession, non seulement de son activité pragmatique antérieure, mais encore de toute son activité psychique. Elle converse normalement, sourit, s'intéresse aux personnes de sa famille, donne des ordres, La

transformation est pour ainsi dire instantanée. La malade qui, quelques heures auparavant, était une mélancolique chronique, tout au plus susceptible d'accomplir un petit travail régulier, devient un sujet au comportement normal. Une question sur l'état antérieur amène une critique pertinente. Elle a été revue plusieurs années après et son état s'est maintenu satisfaisant.

L'intérêt de cette observation réside dans deux faits : tout d'abord la malade a pu être observée de plus près pendant plusieurs mois, ce qui a permis d'accorder plus facilement la permission traumatisante, en raison de la certitude du peu d'activité des troubles chroniques, qui étaient, en apparence, suffisamment accentués pour interdire non seulement une sortie, mais encore une permission. En outre, les symptômes morbides se sont évacués sous contrôle médical, avec la possibilité immédiate de critique, ce qui est d'une très grande valeur démonstrative.

Dans ces deux observations, tout se passe donc comme si nous étions en présence de troubles fonctionnels à réversibilité complète. Cette réversibilité ne s'est pas manifestée spontanément mais s'est produite sous l'influence d'une cause extérieure qu'il a fallu provoquer.

Les états transformés par une seule application de la thérapeutique convulsivante sont, sans doute, voisins de tels phénomènes, mais il est impossible d'affirmer qu'ils sont identiques, l'action de la crise convulsive étant certainement plus complexe que celle d'une simple stimulation psychologique.

Un fait frappe surtout : c'est le passage à la chronicité, caractérisé par la transformation de l'état physique. Les signes classiques en sont « surtout le retour isolé des forces et de l'embonpoint, qui tranche avec le défaut d'atténuation des troubles intellectuels, et semble indiquer que le physique, cessant d'être « solidaire du moral, commence une vie à part » (1). Il n'est peut-être pas certain qu'on ait tiré ni d'un point de vue théorique, ni d'un point de vue pratique, toutes les conclusions suggérées par ce profond bouleversement. L'hypothèse de la disparition à ce moment d'une cause provocatrice vient naturellement à l'esprit. Si nous l'admettons comme possible, le trouble mental, lorsqu'il est tardivement réversible, apparaît donc bien plutôt comme un processus de persistance que comme une maladie autonome.

Dans quelques travaux, on trouve des allusions à un tel phénomène, mais il est en général signalé en passant comme un fait

(1) RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, 4^e édition, p. 42.

d'importance secondaire, alors que, si l'on y prête attention, il semble jouer un rôle de tout premier plan et sa fréquence paraît considérable. Il n'est peut-être pas exagéré de dire qu'on peut le retrouver dans toutes les maladies mentales à une certaine période de leur évolution et que sa connaissance permet d'éclairer d'une vive lumière la compréhension de la marche des syndromes. Pour l'instant, il n'est guère possible de n'en donner qu'une connaissance succincte : contentons-nous simplement d'en indiquer l'importance probable et de signaler tout l'intérêt qu'il y aurait à l'étudier plus complètement.

M. CÉNAC. — La bibliographie de ces états psychopathiques où une contradiction persiste et s'accroît entre le délire et le comportement est peu fournie. Leur étude aurait pu être entreprise par Ségla qui la signalait dans ses leçons. Son opinion a été précisée en présence de deux malades que j'avais soumis à son examen. La première présentait un syndrome de Cotard purement verbal ; elle n'avait jamais abandonné une activité très riche et guérit complètement. La seconde avait fait succéder à un délire de négation, un délire de transformation dans lequel elle figurait comme un être de remplacement tout en gardant une vie sociale normale. D'après Ségla il s'agit d'une attitude mentale avec les trois caractères essentiels suivants : 1° ce sont des états résiduels ; 2° le délire n'a qu'une valeur « assertive » (d'assertion) ; il s'exprime parce que la malade a besoin d'être rassurée ; 3° c'est un état réactionnel qui laisse une porte de sortie, un espoir ; la malade dit : « J'aurais pu guérir si... » et ne demande qu'à être discutée dans ses affirmations pessimistes.

M. GUIRAUD. — L'inverse se produit également. Des mélancoliques deviennent des inquiets, des timides, tout en exprimant parfois le désir d'être aidés. On observe alors leur excellent comportement quand on les rend à la vie familiale. D'autres ignorent leurs vraies possibilités et le choc bienfaisant de la sortie les libère. Ces malades ont de mauvaises habitudes mentales plutôt qu'une vraie maladie. ,

La séance est levée à 17 heures 30.

Le secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 9 Mars 1942

Présidence : M. Achille DELMAS

PRÉSENTATIONS

Délire radiophonique, par M. HEUYER, M^{lle} BARBÉ, M. SAUGUET.

OBSERVATION. — Mme L. G..., âgée de 42 ans, a été envoyée à l'Infirmerie Spéciale le 13 janvier 1942, à la suite de lettres, de démarches faites auprès des journaux, d'agences et d'administrations de T.S.F. Elle se présente d'une façon très sthénique dans ses attitudes et ses propos. Dès les premières questions, elle répond avec aisance, et extériorise un vaste délire dont l'incohérence apparente est surtout fonction de la richesse de l'automatisme mental.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de tuberculose pulmonaire alors qu'elle avait 2 ans. Sa mère est morte d'angine de poitrine à 59 ans ; elle était très nerveuse et aurait fait de l'anémie cérébrale. Elle a deux demi-frères, l'un cardiaque, l'autre emphysémateux.

Antécédents personnels. — La malade a été fragile jusqu'à 7 ans. A 27 ans, appendicéctomie. A 30 ans, fausse-couche de 4 mois et demi et opération d'un fibrome et d'un kyste de l'ovaire. Elle a été réglée à 11 ans 1/2, avec des règles irrégulières mais normales depuis cinq ans.

Elle a fait sa scolarité jusqu'à 14 ans 1/2 ; elle a le certificat d'études. Ensuite, elle a travaillé dans la couture. A 16 ans, elle a été vendeuse dans la chaussure jusqu'en 1930 ; elle avait alors 31 ans. A cette époque, son état de santé ne lui a plus permis de travailler. Elle s'est mariée à 25 ans ; elle est séparée de son mari depuis 1940, à cause de son état psychopathique.

A l'examen, elle présente un *syndrome d'automatisme mental* au complet : prise, écho, vol de la pensée ; transmission de pensée depuis 1936 : « Il suffit que mon esprit veuille quelque chose pour que ça se généralise. »

Projection et transcription de la pensée : « Ce que je pense, je le vois écrit devant mes yeux. » Devinement de la pensée d'autrui. Énoncé et commentaires des actes : « Je n'ai plus de liberté, je ne

peux rien faire. Ils voient tout. Je ne suis pas seule quand je fais ma toilette. » Aucune intimité n'est possible ; suppression de tout rapport sexuel : « Sans doute, mon mari est parti à cause de cela. »

Hallucinations auditives. — La journée et la nuit on l'insulte, on lui dit des grossièretés : « On me traite de prostituée alors que j'ai toujours eu une conduite exemplaire. Parfois, on me demande des nouvelles de ma santé. »

Hallucinations gustatives et olfactives agréables et désagréables. Odeurs de parfums délicats et d'urine ; « on me fait sentir l'haleine de mon voisin édenté parce qu'on sait que j'ai une mauvaise haleine ».

Hallucinations visuelles. — Les ingénieurs lui font voir des images par les ondes. « Ce sont des scènes de la vie courante ou de la vie privée : une femme et son chien..., des gens chez eux..., des scènes de famille... ; des choses qu'il est défendu de voir, un train qui emmène des cadavres. »

Automatisme sensitif. — Picotements, fourmillements, courant électrique. Symbolisation : « J'ai tout un vocabulaire qui me permet de me comprendre avec les ingénieurs : picotements au coude = nous devons nous aider ; fourmillements à la paupière droite = regarde ; à la paupière gauche = cache-toi. »

Cénesthésie à caractère sexuel. — Courants électriques sur les parties génitales : « On me fait ça des nuits entières et je sentais l'odeur du sperme. » Parfois, on l'insensibilise ; quand elle rencontre un homme susceptible de se remarier avec elle, par le même contact de la radio, elle est insensibilisée, et elle n'éprouve plus rien. Cette découverte pourrait être utilisée à la suppression de la prostitution.

Illusions. Fausses reconnaissances. — Abandonnée par son mari en 1940, elle affirme l'avoir revu plusieurs fois « au bord de l'eau ».

Dévidement des souvenirs. — On lui représente sa vie. Cela se passe chez elle, le soir ou la nuit de préférence ; elle est « comme dans un état de rêve ». Images colorées comparables à celles d'un film de proportions réduites.

Interprétations rétrospectives. — Opérée d'un fibrome et d'un kyste de l'ovaire, « c'était la conséquence d'une piqûre faite à Trousseau à l'âge de 3 ans et qui m'a changé le sang ».

Idées délirantes imaginatives et interprétatives. Elle a fait des découvertes scientifiques extraordinaires appelées à transformer l'univers. Elle sauvera la France et la France sera la reine du monde.

Elle a servi à la transmission de pensée au Palais de la Découverte en 1936. Sa pensée est transmise depuis cette date, mais elle ne le savait pas parce qu'elle était endormie. Elle a été « réveillée » par les ondes en 16 mars 41. C'est une date fixe. Elle est réceptive grâce à un appareil qu'elle porte en elle et avec lequel elle dirige le pays. Elle a cet appareil depuis sa naissance ; c'est ce qui fait sa supériorité.

rité sur tout le monde, elle est irremplaçable. Légué par son père qui était un scientifique, et qui l'avait également, cet appareil était à l'Exposition de 1900 et date de 1790. Tout le monde en est informé, car le poste des P.T.T. a fait des causeries sur elle à la Sorbonne.

En outre, elle a inventé un certain nombre d'appareils qui sont en elle :

appareil de la mécanisation de la pensée, détenu par M. de Broglie, et à l'aide duquel on peut « rendre les gens complètement illettrés et même tout à fait désorganisés » ; avec lui, on peut tuer les conducteurs d'auto ; par lui, elle communique aux gens le contact électrique et ils sont alors « mécanisés » ;

appareil du contact de la radio ou ondes radio-électriques servant à la biologie, faisant pleurer ou rire, capable de faire vomir après les repas, de tuer ;

appareil qui fait voir tous les objets, les photographies et les écrits à travers les ondes ;

appareil qui met en contact direct avec la pensée de la personne qui l'actionne, cette dernière voyant partout et chez tout le monde ;

appareil de la transmission de pensée détenu par M. Klinka ; c'est celui qui dirige le pays.

Elle commande à tous ces appareils par un émetteur international, qui a été exposé au Palais de la Découverte en 1936 et qui se trouve actuellement dans les caves de Radio-Paris. Cet appareil lui a été offert par les Américains en 1916. Ce qu'elle voit est également reproduit sur cet appareil à l'aide d'un film où est photographiée toute sa vie. Par lui, son squelette est électrisé et rendu phosphorescent.

Idées de grandeur. — Mission sociale, mondiale même. Elle est ondivine, reine des ondes. Mission de faire la paix de l'univers et d'empêcher la fin de l'humanité. Elle est sur les ondes depuis vingt ans ; elle appartient au gouvernement depuis cinq ans. Elle a fait des offres de services aux autorités militaires ; elle devait faire partie de l'Etat-Major au début de la guerre, etc...

Idées de richesse — Tous les châteaux de France sont à son nom ; ses appareils et son argent (7 milliards de pièces d'or) ont été volés. Lorsqu'elle est seule, on lui passe un film où défilent toutes ses propriétés, ses bijoux, etc.

Idées érotomaniaques. — On lui a fait des propositions de mariage, un ingénieur de la radio principalement. Elle a eu avec lui des relations par les ondes ; elle voulait bien collaborer mais pas coucher. Devant son refus, il a choisi sa voisine qui est blonde, « tout ça pour la faire monter au pouvoir à ma place ».

Idées de persécution. — « Je suis la victime de gens qui s'accaparent l'argent des brevets que je possède. Les voisins interceptent et captent toutes les ondes. J'ai été volé par mes voisines ; elles sont les maîtresses de plusieurs maîtres de la radio. » — « Les communistes

veulent m'accaparer dans leur élan. Dernièrement, un monsieur du parti royaliste est venu chez moi et m'a emporté des dossiers. Je suis en lutte avec ces gens qui m'ont condamnée à mort ; principalement M. de Broglie, qui était pape et qui a quitté son trône, etc... On a essayé de me tuer plusieurs fois. Les voisins anarchistes se servent de mon nom et ont volé les capitaux que j'ai gagnés depuis vingt ans, sur les radios en général, et sur la technique du cinéma depuis deux ans et demi. »

Dans sa correspondance, volumineuse, on trouve des lettres à diverses personnalités : Ministre de la Justice, de l'Éducation Nationale, des P.T.T., au Procureur de la République, aux Commissaires de Police, aux Directeurs de journaux, etc... Elle demande la restitution du capital qu'elle a gagné, et qui se monte à 78 milliards. Elle réclame 22 milliards pour avoir servi de sujet d'expérience, 500.000 fr. à la radio privée. Elle signe : « Ondine, Reine des ondes, Star hors série ». Elle dénonce un complot contre la sûreté de l'État. Elle cite des noms de personnages politiques, les accuse d'avoir fait assassiner son mari et disparaître une petite fille nommée Odette, etc... Elle porte plainte contre sa voisine, Mme T..., qui défend la croix gammée, qui a versé son capital aux cinéastes allemands.

A son domicile : troubles du comportement ; réactions contre l'enlèvement, insultes, menaces aux voisins ; lapage nocturne : agitation, cri, chante, allume l'électricité la nuit. Le début des troubles du comportement remonte à 1940. Elle a été abandonnée par son mari au moment de l'exode. La malade se dit « réveillée » par les cinéastes le 16 mars 41. C'est alors qu'elle a entendu les voix pour la première fois ; mais la transmission de pensée était bien antérieure (1936).

Le beau-père, avec qui elle a vécu, n'a rien remarqué d'anormal. La malade ne s'est jamais confiée à lui, « parce que c'était un secret », donne-t-elle comme explication.

Il n'existe aucun signe neurologique sauf un tremblement fibrillaire de la langue. T.A. : 16/11. Elle n'a ni syphilis, ni alcoolisme.

La malade a été internée par l'un de nous ; elle a été admise dans le service de M. le professeur Laignel-Lavastine, qui nous a permis de la revoir. Ses idées délirantes ont persisté sans modification. Elle a supporté son internement sans grandes protestations.

COMMENTAIRES. — Cette malade présente un syndrome d'automatisme mental des plus riches, et où prédominent notamment tous les phénomènes subtils. Au siècle précédent, elle eut organisé à cette occasion un délire mystique, ou de sorcellerie, ou de spiritisme. A notre époque, étant donné le milieu assez cultivé où elle a vécu, elle a fait un délire scientifique sur un thème de T.S.F., et ce thème est localisé et systématisé d'une façon si pré-

cise qu'il nous a paru légitime de le qualifier de *délire radiophonique*.

Une fois de plus, nous voyons l'importance essentielle et basale de l'automatisme mental et le caractère épisodique, contingent, de la superstructure délirante.

Nous insistons sur l'élément imaginaire considérable qui se manifeste dans le délire d'invention, dans les idées de grandeur et de richesse, et sur le caractère secondaire et un peu accessoire des idées délirantes de persécution. Par son comportement, d'ailleurs, la malade se présente avec une aisance, une euphorie, une hypersthénie qui la font ressembler beaucoup plus à une hypomaniaque excitée qu'à une paranoïaque revendicatrice.

M. MARCHAND. — C'est un point qu'on n'a pas suffisamment mis en lumière, que le début souvent si précis des états hallucinatoires, « à une seconde près ».

Etat démentiel de type presbyophrénique avec syndrome d'automatisme mental ; méconnaissance de la mort ; curieuse hypertrichose capillaire, par MM. HEUYER et SAUGUET.

OBSERVATION. — Mme C..., âgée de 58 ans, a été envoyée à l'Infirmerie Spéciale le 15 décembre 41. Elle avait été trouvée enfermée chez elle auprès du cadavre de son mari. Lorsque le Commissaire de Police, alerté par son concierge, se présenta, elle refusa d'ouvrir sa porte ; on fut obligé de forcer une fenêtre. Le Commissaire trouva le mari décédé ; la mort remontait à trois jours.

D'après les renseignements, la malade habite le même immeuble depuis 1914. Elle était peu connue des locataires car elle ne sortait plus depuis onze ans. Personne n'a pénétré chez elle. Quand elle adressait la parole aux voisins, c'était le plus souvent en termes orduriers : salope ! j'aime la solitude, qu'on me laisse tranquille chez moi. Le logement était propre, en ordre, mais il n'y avait aucune provision. Le ravitaillement était assuré par le mari.

A l'Infirmerie Spéciale, Mme C. est docile, aimable ; elle a conservé les automatismes de politesse. Elle déclare qu'elle est née en 1883. Elle a été à l'école primaire jusqu'à 12 ans ; elle n'a pas passé le certificat d'études. Elevée par ses parents, sabotiers, elle s'est placée comme domestique à 17 ans. Elle s'est mariée en 1903. Elle est à Paris depuis 1905. Le mari était employé de bureau ; il n'a jamais été malade. Les autres renseignements qu'elle peut fournir sont sujets à caution.

L'affaiblissement intellectuel est évident. Elle est désorientée, déclare qu'elle a 35 ans, que nous sommes en 1929. Elle varie d'ailleurs et elle donne des chiffres divers au sujet de son âge et de la date. Elle a perdu la notion des dates, des événements importants : Grande Guerre en 1908, a duré 7 ou 8 ans, *Amnésie de fixation*. Elle ignore les événements, mais elle a une vague conscience qu'il se passe quelque chose ; elle avoue : « Il y a un peu de mouvement, des troupes vont et viennent. » Ses réponses sont contradictoires, elle répond à côté et se reprend souvent. Indifférente et fatigable, elle laisse en suspens les phrases commencées.

Fabulation. — Elle parle avec détails de ses quatre enfants, indique leur âge respectif, ne sait pas ce qu'ils sont devenus. Or, il est avéré qu'elle n'en a aucun.

D'un interrogatoire à l'autre, l'âge, le sexe, la résidence sont variables. Quand on rectifie ses contradictions, elle reste sans réactions et passe à un autre sujet.

Interrogée sur son activité, elle dit qu'elle tenait la maison, qu'elle faisait le ménage et assurait le ravitaillement.

Automatisme mental et syndrome délirant. — Sur ce fond d'affaiblissement intellectuel, surnagent quelques éléments d'un automatisme mental. Elle a des hallucinations auditives : insultes, coups à la porte ; elle a de l'écho des actes : on disait tout dans le quartier, c'est toujours des cancanes ; sentiment de prise de la pensée : on voulait tout savoir, tout critiquer, être à la place des gens.

Idees délirantes de persécution, formant un délire mal systématisé, effrité, dans lequel on ne distingue plus que des lambeaux d'idées : « On nous a tout décroché, tout bouleversé ; on nous mettait des loques, des saletés, des chiffons..., nous n'étions pas habitués à être sales..., c'était une société..., on venait de très loin pour faire ça..., ils déchiraient tout..., ils venaient le matin de bonne heure. Ils se figuraient que tout était à eux. Ils disaient : « Je vous ferai partir quand je voudrais. Ils ont repris leur coin, ils ont repris des lots. » Certains étaient grossiers, pas bien instruits, etc...

Méconnaissance de la mort du mari et indifférence affective totale. — Quand on lui dit que son mari est décédé, elle répond : « Je ne sais plus, j'ai écrit, j'attends des nouvelles ; il est chez des parents ; il est tombé malade un bon mois avant que je vienne ici. Il a eu une crise, un peu comme une crise de diabète ou d'urémie. Un médecin est venu le voir. On lui faisait des piqûres pour le glacer. Au moment où je l'ai quitté, ça allait plus mal, mais il n'y avait pas danger de mort. On le soignait ; on lui donnait un peu de médicaments et des tisanes.

Examen physique. — Maigreur, aucun signe neurologique ; pouls : 88. Tension artérielle : 14/8 ; sérologie négative, urée : 0.25 pour 1.000.

Les cheveux n'ont pas été peignés depuis longtemps : ils forment

une lourde masse tombant sur le dos jusqu'à la région lombaire, é constituant un curieux feutrage, une sorte de masse difficilement dissociable.

La malade a été internée, et actuellement elle est à l'hôpital Sainte-Anne, dans le service du professeur Laignel-Lavastine, qui nous a permis de la suivre. Nous l'avons vue à trois reprises. Son attitude reste invariable. L'affaiblissement intellectuel est le même, avec fabulation et syndrome hallucinatoire. La méconnaissance de la mort du mari ne se modifie pas. Elle a reçu des nouvelles, il va bien, il est chez des parents, « du côté des forts de la banlieue ». « C'est une parente



qui m'a écrit ça il y a quelques jours. » On lui dit qu'il est mort, elle répond : « C'est ce qu'on dit, je ne le crois pas. » Elle insiste sur la notion d'une erreur, d'une confusion de personne : « Nous avons été mêlés avec d'autres personnes, d'autres dossiers..., on se laisse accuser d'un peu de tout ; mais nous ne sommes pas riches, nous ne pouvons pas payer pour les autres.

COMMENTAIRES. — En résumé, il s'agit d'un état démentiel avec méconnaissance de la mort. Il est très difficile de donner une étiquette à cette forme de démence. Il ne peut s'agir encore d'une démence sénile, puisque la malade n'a que 58 ans. Elle n'a aucun signe d'artériosclérose avec lésions en foyers ; il ne peut s'agir d'une démence artérioscléreuse.

Elle présente un syndrome d'automatisme mental avec idées

délirantes de persécution, mais il ne peut s'agir d'une vieille psychose arrivée à la phase démentielle. Elle n'a nullement l'aspect d'une démence vésanique habituelle. Ce qui domine, ce sont les troubles de la mémoire : amnésie de fixation, et la fabulation.

L'absence de signes neurologiques pourrait faire penser à une psychose polynévritique.

Etant donné les troubles de la mémoire et de la fabulation, on est tenté d'admettre l'existence d'une démence presbyophrénique, mais il y a un syndrome d'automatisme mental et des idées délirantes de persécution qui ne sont pas habituels à cette forme de démence.

Il s'agit certainement d'un état démentiel ancien. La malade n'est pas sortie de chez elle depuis 11 ans, de plus l'aspect de la chevelure montre une indifférence très particulière à sa tenue, une incurie qui ne se manifeste d'ailleurs ni dans son costume, ni dans le ménage qu'elle paraît avoir tenu normalement.

En tout cas, il ne peut s'agir d'une vieille démence précoce ; elle n'a pas de dissociation intellectuelle, mais une démence globale massive qui n'est pas habituelle à la démence précoce.

La malade n'a pas d'agnosie, ni d'apraxie ; il est donc difficile de la ranger dans les formes de la maladie de Pick ou d'Alzheimer. Peut-être, cependant, s'agit-il d'atrophie cérébrale plus ou moins localisée, plus ou moins diffuse.

Pour pouvoir donner une étiquette précise à un semblable état démentiel, il faudrait attendre la vérification anatomo-pathologique. Ce n'est donc qu'un diagnostic d'attente que nous proposons sous le terme de démence à forme presbyophrénique avec automatisme mental fruste.

Nous insistons au point de vue pittoresque sur l'aspect particulier de cette chevelure, véritable feutrage que la photographie ci-jointe évoque assez bien. Dans le livre de Le Double et Hous-say sur « les velus », nous n'avons trouvé aucun document analogue concernant l'hypertricose capillaire.

M. MARCHAND. — Ce cas se rapproche, au point de vue évolutif, de ceux dans lesquels on a observé des lésions d'Alzheimer typiques, alors que le sujet ne présente qu'un état clinique de démence simple. Il est possible qu'ici, l'évolution — ce n'est qu'une hypothèse — soit semblable, mais seulement plus précoce. Rien ne s'oppose en principe à cette possibilité.

**Auto-accusation criminelle chez un débile,
par MM. HEUYER et SAUGUET.**

OBSERVATION. — Mlle Elisa G... a été envoyée le 2 mars 1942 à l'Infirmierie Spéciale, par les autorités d'occupation, pour examen mental.

Elle était inculpée et détenue à la suite de ses propres déclarations. Celles-ci, après enquête, se sont révélées fausses ou invraisemblables. Pour expliquer son attitude, il est utile de rappeler brièvement les principaux événements de sa vie jusqu'au moment de l'exode en juin 1940, époque à laquelle commence son histoire actuelle.

Elisa G... a perdu ses parents de bonne heure ; à l'âge de 10 ans, elle est entrée dans un orphelinat à Lyon. Elle dit avoir passé son certificat d'études à 13 ans, ce qui paraît peu vraisemblable, car ses notions scolaires sont rudimentaires. Elle entre en apprentissage dans une usine de tissage de soieries. Elle quitte l'orphelinat en 1916, à 17 ans, pour entrer au service de Mme P..., de nationalité suisse. Son travail se borne à aider sa maîtresse aux travaux ménagers. Elle l'accompagne en Suisse pendant les vacances. En 1920, Mlle P. se marie avec M. F..., sujet anglais. Elle accompagne le jeune ménage pendant son voyage en Italie. En 1924, M. F... vient à Paris où l'appellent ses fonctions de banquier à la Lloyd's Compagnie ; elle habite avec ses maîtres à Issy-les-Moulineaux ; elle partage leur vie pendant 15 ans : « J'étais pour eux une amie..., nous sortions toujours ensemble... M. F... me considérait comme sa fille, il voulait même m'adopter ; il m'avait dit que je serai son héritière. »

Elle assure que depuis trois ans elle était fiancée à M. S..., sujet anglais qu'elle avait connu chez M. F... En juin 40, lors de l'exode, elle accompagne ses maîtres jusqu'à Saint-Jean-de-Luz, où seule Mme F... se serait embarquée pour l'Angleterre, dit-elle. M. F... serait resté en France pour faire de l'espionnage. Elle est rentrée avec lui fin juillet 1940, par le premier train de réfugiés.

« Peu de temps après notre retour, les autorités allemandes sont venues se renseigner. J'ai été crue sur parole lorsque je leur ai déclaré que M. F... était parti en Angleterre. Alors nous sommes partis en Normandie ; je suis restée à Heudebouville et M. F... à Rouen. Je communiquais avec lui par l'intermédiaire de M. S..., réfugié à Louviers ; je les aidais dans leur travail.

« Le 1^{er} novembre, nous rentrons à Paris. M. F..., vêtu d'un uniforme allemand, vivait à l'hôtel ; moi, j'avais trouvé une place chez M. X... A mes moments de liberté, je portais à M. F... des lettres d'agents anglais ou communistes. »

Cela dura jusqu'à son arrestation, le 15 septembre 1941. Elle pense avoir été dénoncée par une amie, Mlle G..., à qui elle avait demandé de faire parvenir une lettre à son frère en zone libre. Elle tenait des

propos injurieux sur les Allemands, et elle donnait des nouvelles de M. F... Son amie a voulu la faire chanter, puis l'a dénoncée en envoyant la lettre aux autorités allemandes.

Elisa a été arrêtée et transférée à la prison de la Santé. Là, par l'intermédiaire d'une détenue libérée, elle a fait parvenir une lettre à M. F... pour le mettre au courant et lui enjoindre de se sauver.

Tel est le récit qu'Elisa a fait aux autorités allemandes et nous a fait à nous-mêmes le jour de son arrivée à l'Infirmierie Spéciale. Il est à peine utile de souligner l'invraisemblance de ce récit. L'enquête en a démontré l'inexactitude. On est en présence d'une auto-accusatrice.

L'examen montre l'absence de tout signe de mélancolie, de paralyse générale, d'alcoolisme, bref de toutes les affections où les auto-accusations sont habituelles (rapport de Dupré sur les auto-accusateurs).

On note seulement une certaine bizarrerie d'attitude, un certain degré d'indifférence. Mais la débilité mentale est manifeste et grave. D'après les tests psychologiques, le niveau mental est intermédiaire entre 8 et 9 ans.

Nous avons pu immédiatement convoquer le dernier patron de la malade et un ami de M. F... M. B... confirme avoir eu Elisa à son service de février 1941 à septembre : « Normale..., brave fille..., gentille..., peu intelligente..., aucune tendance au mensonge. Elle parlait peu, elle habitait chez nous complètement, ne sortait que du samedi au lundi. »

M. H... connaît Elisa depuis quinze ans. Il confirme sa situation privilégiée chez ses anciens maîtres. Il n'a pas revu M. F... à Issy-les-Moulineaux depuis le début de la guerre. Elisa venait rendre visite à sa femme tous les dimanches. Elles parlaient ensemble de M. et Mme F... Peu de temps avant son arrestation, elle avait reçu d'Angleterre une carte de M. et de Mme F..., envoyée par la Croix-Rouge. Tous deux ont la conviction que les faits rapportés par Elisa ne sont pas vraisemblables. Ils révèlent que peu de temps avant son arrestation, elle leur a confié qu'elle était l'objet de lettres anonymes qui l'accusaient d'entretenir des relations avec des sujets anglais.

Pendant la confrontation, devant les arguments des deux témoins, la malade, confuse, sur le point de pleurer, se retranche pendant un certain temps derrière un mutisme complet, pour finir par faire des aveux.

Le lendemain, beaucoup plus calme, elle explique son attitude par la dépression qui a suivi le départ de M. et Mme F..., dont elle partageait la vie depuis vingt-cinq ans, la solitude pénible des premiers mois, la réadaptation à une nouvelle place, et surtout par la fatigue consécutive à la formule de l'interrogatoire : est-ce que..., ne pas ? l'incarcération, etc... La débilité, la suggestibilité, et le désir d'en

finir avec un interrogatoire pénible, l'ont amenée à organiser toute une fable et à y persévérer.

Au cours de la présentation devant la Société, la malade, tête baissée, garde un mutisme complet et refuse obstinément de donner des explications. Elle semble si repliée sur elle-même qu'elle donne l'aspect d'une mélancolique avec stupeur, alors que ce diagnostic ne peut être admis pour qui l'a vue au cours des jours précédents.

COMMENTAIRES. — Dans le groupe des auto-accusateurs criminels que Dupré a étudié dans un rapport classique, les mélancoliques, les alcooliques à la période d'ivresse, les paralytiques généraux sont les types les plus fréquemment rencontrés. A ces types classiques, Dupré a ajouté la mythomanie à forme d'auto-accusation eriminelle : la malade, par vanité, éprouve le besoin d'attirer l'attention sur elle en s'accusant d'un méfait imaginaire.

Dans le cas que nous rapportons, l'auto-accusation eriminelle a pris une forme qui ne nous paraît pas avoir été jusqu'alors décrite. Il s'agit d'une débile mentale qui, vraisemblablement, au cours d'une rêverie imaginative, pensait constamment à ses anciens patrons auprès desquels elle avait été heureuse pendant 25 ans.

Sa pensée affective s'est cristallisée dans une rêverie de dévouement et de sacrifice à l'occasion d'un interrogatoire prolongé dont elle a eu peur et dont elle a voulu hâter la fin par des aveux injustifiés.

Il s'agit d'une auto-accusation eriminelle chez une débile mentale, par rêverie imaginative et par peur.

La malade, introduite, refuse de répondre aux questions. Elle garde une attitude d'opposition et de mutisme.

M. Ach. DELMAS. — Cette malade a une attitude typique de mélancolique. Il est très possible que sa débilité, jointe à un état dépressif, rende compte de sa suggestibilité et de son auto-accusation au cours des interrogatoires auxquels elle a été soumise.

M. HEUYER. — L'attitude actuelle est récente. Lors de notre premier examen, cette femme ne se présentait nullement comme une mélancolique.

Examen clinique d'un « bourreau domestique ». Rôle des interactions conjugales, par MM. J. DUBLINEAU et S. FOLLIN.

Les « bourreaux domestiques », décrits par M. Heuyer, réalisent le type de l'« instinctuel » tel que l'un de nous l'a isolé (1). Paranoïaques, épileptoïdes, ou pervers, ils sont souvent tout cela à la fois, et, au surplus, fréquemment alcooliques. Ils sont également intéressants par le caractère essentiellement *familial* des troubles. Ces derniers conduisent à une étude particulière des interactions familiales (mari, femme, enfants) : notion de portée doctrinale : elle introduit une véritable méthode d'étude du « milieu », compris comme un « Tout » au sens des théoriciens de la Forme. Ne retenant ici que le problème du « couple conjugal », nous en présentons un cas, banal en soi, mais choisi pour montrer, avec les conséquences qui en découlent, comment peut être conduit un examen ainsi compris.

OBSERVATION. — P..., 36 ans, serrurier-électricien, interné le 13 janvier 1942 par l'Infirmerie Spéciale pour déséquilibre psychique, est un instinctuel typique : impulsivité coléreuse, tendances perverses, amoralité, menaces et violences contre l'épouse. Hâblerie. Aisance vaniteuse. Minimisation globale de ses torts. (Reconnait à peine quelques tendances coléreuses). Le tout chez un sujet intelligent.

Son passé : — *Scolaire* : sans incidents. — *Professionnel* : ouvrier spécialisé, dix ans au service du même employeur. Mis en chômage, fait le taxi (1936-38). Puis installe une petite fabrique d'instruments dentaires. — *Caractériel* : d'après une tante, était doux et calme, étant enfant. D'après sa femme, se serait révélé précocement menteur, paresseux et difficile. — *Judiciaire* : condamnation pour abus de confiance en 1932 (2 mois avec sursis ; 6 mois de prison en 1941 pour outrage public à la pudeur). — *Ethylique* : buveur moyen, peu tolérant. — *Morbide* : énurésie tardive. Ulcère gastrique opéré en 1941. Ni syphilis connue ni paludisme. Victime en 1936 d'une agression (deux balles de revolver crânio-faciales avec section de l'hypoglosse droit). — *Vésanique* : interné en décembre 1938 à la suite de colère et d'ivresse excito-motrice, brève et amnésique, ayant pu faire penser à l'épilepsie.

Etat somatique : satisfaisant. Type pycno-athlétique. T.A. 14/7 (Vaquez).

Sa lignée : ascendance sans histoire. Marié en 1927 à 21 ans.

Un fils de 14 ans, énurétique jusqu'à 6 ans et strabique.

(1) DUBLINEAU (J.). — *Ann. Méd.-Psych.*, déc. 1941,

Etude spéciale du couple conjugal :

A. GRIEFS DE LA FEMME. — a) Reconnaît les *qualités* du mari, son intelligence, mais insiste sur sa mythomanie, sa vanité, sa paresse, sa mauvaise foi, son étonnante facilité à « jeter de la poudre aux yeux », qui expliquerait qu'il soit bien vu dans l'entourage.

b) *Evolution générale des troubles d'après la femme.* — Après quelques années normales, les troubles apparaissent, rapidement violents, paroxystiques, avec menaces de mort, voies de fait, voire, vers 1930-1931, une tentative (spontanément interrompue) de suicide collectif. Les accès étaient alors liés à des excès alcooliques. Accentuation nette après le traumatisme cranien de 1936. Quelques mois de calme après le premier placement... Depuis juin 1940, se remet à boire et à « martyriser » sa femme. « S'il s'est bien tenu jusque-là, c'était », lui dit-il, « par ruse ». Aggravation après son séjour en prison, de juin à novembre 1941. Réinternement.

c) *Motifs des scènes de ménage.* — 1° Essentiellement des *motifs d'alcôve*. Serait un impuissant, pervers, exigeant, constamment sous l'emprise de désirs qu'il ne peut satisfaire que par des manœuvres auxquelles elle répugne. Depuis son agression de 1936, « ne connaissait plus de bornes », recourant aux menaces de mort et violences pour obtenir ce qu'il voulait, « va jusqu'à se satisfaire presque au vu de sa femme avec n'importe qui, par n'importe quel moyen. Rentre chez lui sale et débraillé. Doit parfois être lavé par elle ».

2° Développement d'une *jalousie* excessive, moins d'ordre sexuel que pour l'affection portée par le fils à sa mère.

3° Discussions récentes d'ordre *professionnel* ; l'homme reprochant avec mauvaise foi à sa femme des décisions qu'elle avait dû prendre pendant son séjour en prison pour assurer la marche de la fabrique et satisfaire aux engagements inconsidérés pris par lui.

B. GRIEFS DE L'HOMME. — N'hésite pas à prétendre qu'il est la victime de sa femme et entend le démontrer dans une lettre-réquisitoire en 16 points adressée à l'épouse. Ils se résument ainsi : « Tu as tout fait pour rendre enragé le mouton que j'étais. » 1° Essentiellement, ici, aussi, son attitude *sexuelle* : « Tu t'es refusée à toutes relations avec moi. Quand j'ai pu l'obtenir, ce n'était plus que la caricature de l'amour. » 2° Son *nervosisme* exagéré : « Tu veux que ce soit moi qui aie la maladie que tu as. » Il lui impute, en plus d'une hérédité vésanique chargée, des crises nerveuses, dont l'une aurait nécessité un traitement dans un service parisien spécialisé. 3° Son *impéran-tisme* ; au sujet des discussions professionnelles, il écrit : « Tu voulais diriger la maison et l'avoir pour toi, agir à ta guise et me faire agir au besoin par la menace. » 4° Son *indifférence* : « Elle n'est pas venue le visiter pendant son séjour à Fresnes, lors de son opération. » 5° « Elle détourne son fils de lui et a voulu le délaissier deux fois en le faisant interner », etc...

Tous ces griefs (d'ailleurs non articulés en 1938), « doivent main-

tenant servir à le justifier. Puisqu'on veut le faire enfermer, il se décide à parler à son tour ».

C. JUSTIFICATION DE LA FEMME. — Les crises nerveuses ne seraient que des crises de larmes, moyen de défense contre les violences, en particulier contre la tentative de suicide collectif signalée plus haut. Par contre, elle maintient ses propres griefs et nie en bloc toutes les imputations, y compris l'hérédité vésanique.

COMMENTAIRES. — Domine ici un transitivity réciproque ayant, à sa base, un désaccord sexuel profond, sur le détail duquel nous sommes en fait peu éclairés. Dans cet échange de griefs (point sur lequel nous insistons), le témoignage même de ce mythomane prend une valeur significative. L'ordre de filiation des scènes devient impossible à reconstituer ; celles-ci trouvent en elles-mêmes, sous l'effet d'une tension réciproque, les éléments de nouveaux rebondissements.

Une telle vie, où tout est motif à exaspérations mutuelles, déborde les conjoints. Devant ce complexe indissoluble dont le symbole vécu réside dans l'intimité de l'alcôve, nous n'avons pour nous guider que des éléments d'appréciation dérisoires.

a) *L'impression personnelle* est certes, dans l'ensemble, favorable à la femme. Elle paraît décidée, un peu orgueilleuse, très, peut-être trop attachée à son fils. Mais sur certains points, elle semble exagérer les troubles du caractère de l'enfance ainsi que les travers actuels du mari, elle parle de « démêlés nombreux avec la justice », dont on ne trouve pas traces. Elle paraît sincère quand elle parle de sa propre fidélité (dont l'homme ne doute pas). Mais outre qu'elle déclare bien haut la regretter, elle donne sur ce point une impression réservée au personnel infirmier qui a ses éléments intuitifs d'appréciation. Enfin, même simulées, ses crises nerveuses ne laissent pas d'être suspectes.

b) Une *enquête de police* effectuée sur notre demande est ambiguë et ne peut pas ne pas l'être : la concierge reprend les accusations de l'épouse. Celle du lieu de travail donne un brevet peu compromettant de bon caractère et de bonne santé mentale des deux partenaires. Une voisine d'immeuble, elle, charge la femme : « J'avais l'impression que Mme P. cherchait à amener les voisins contre son mari. » (Elle a songé également à l'infidélité). Nous avons su d'autre part que, la veille du premier placement, les agents, appelés, avaient cru devoir ne pas emmener l'homme, qui, à l'encontre des allégations de la femme et de la concierge, leur avait paru calme et lucide.

En réalité, ces résultats contradictoires sont en eux-mêmes

significatifs. On ne peut savoir, sinon le « vrai », du moins le « réel », sur la vie conjugale, où pourtant se joue le drame. Dans ces contradictions mêmes de l'examen et de l'enquête se résume la notion psychopathologique concrète qui donne son sens à cette donnée capitale : les « interactions conjugales », elles-mêmes symbolisées dans la *vie sexuelle*.

P. est plus qu'un bourreau, c'est un bourreau « domestique », ce qui n'enlève rien à ses responsabilités et laisse entière la nécessité de son internement. Mais il cesse d'être envisagé seul, sous cette forme abstraite d'« époux-séparé-du-couple ». Il se concrétise dans un Tout (au sens « gestaltien ») : le *couple*. Si nous écoutons les reproches de chacun (même non fondés), c'est pour nous replacer dans l'état d'esprit qui a pu présider, pour tous deux, à l'éclosion des scènes conjugales, et pour en mieux pénétrer la signification vécue.

M. HEUYER. — Les cas de ce genre sont non seulement intéressants en soi, mais aussi par les problèmes qu'ils posent, tant au sujet de l'internement, souvent discuté, que de la sortie. Il s'agit en effet souvent de paranoïaques, prenant à l'égard du médecin qui les a internés une attitude revendicatrice.

Ces sujets ont eu souvent, pendant leur adolescence, un comportement analogue. Il y a, en effet, des bourreaux familiaux *précoces*, tyrannisant leur entourage, auquel ils rendent la vie impossible.

Il est certain que le cas présent est un cas difficile par l'importance des interactions et la difficulté d'obtenir des renseignements précis.

Syndrome passionnel de jalousie, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE Paul NEVEU et M^{lle} S. JOUANNAIS.

La limite entre la passion et le délire est souvent loin d'être bien définie. Chez la malade que nous présentons, des troubles du comportement, un véritable délire des actes apparu depuis deux ans ont été suscités par un syndrome de jalousie morbide qui ressemble remarquablement à la passion jalouse dite normale. Il nous a paru intéressant de rapporter l'évolution de ce syndrome passionnel et la façon dont il a évolué depuis l'internement.

OBSERVATION. — Agnès B..., âgée de 49 ans, est mariée depuis l'âge de 28 ans à un homme de trois ans plus jeune qu'elle. Elle a toujours mené une existence calme, paisible, s'occupait de son ménage, sortait peu car elle avait le goût de son intérieur domestique. Au moment de la guerre, elle a eu à souffrir de l'hostilité réelle de sa concierge, qui lui reprochait son origine luxembourgeoise. D'autre part, elle n'avait jamais manifesté de sentiments de jalousie bien qu'elle fût très attachée à son mari, mais cependant elle amorçait très souvent des discussions portant sur les cas d'infidélité conjugale, qu'elle observait autour d'elle.

En fait, c'est en juin 1940, au moment de l'exode, qu'apparurent les premières manifestations du délire de jalousie. Il semble que son déchaînement ait été favorisé par le bouleversement survenu à cette époque dans la vie de la malade : elle avait toujours mené une vie extrêmement paisible dans son foyer entre son mari et sa fille, et elle se trouva tout à coup transplantée à Lourdes, à l'hôtel, dans un milieu qu'elle ne connaissait pas, avec des ouvrières d'usine, collègues de son mari.

La liberté d'allure de son mari avec ses camarades féminines la choque ; celles-ci lui paraissent adopter une attitude trop familière, elles ont des gestes qui lui semblent déplacés ; ainsi, de temps en temps, elles s'appuient sur lui « comme s'il avait été leur mari ». D'autre part, son mari change d'attitude envers elle ; il lui semble qu'il devient indifférent, lui manifeste moins d'affection, préfère parler à ses camarades plutôt qu'à sa femme.

Il semble donc qu'à cette phase les premiers soupçons soient basés sur l'attitude du mari vis-à-vis des autres femmes d'une part, et la modification de son attitude d'autre part.

Elle fait alors à son mari une première scène ; celui-ci, pacifique, ne répond rien mais modifie son comportement vis-à-vis de ses collègues ; il ne leur parle presque plus. Agnès en conclut aussitôt que son mari a changé de tactique pour égarer ses soupçons et aussitôt sa conviction d'être trompée se trouve renforcée. A partir de ce moment, tous les faits et gestes du mari sont immédiatement interprétés dans le sens des idées de jalousie.

C'est dans une deuxième phase que ses soupçons se précisent et se polarisent sur une rivale unique. Elle avait en effet remarqué qu'une ouvrière de l'usine, âgée de 25 ans, jolie et connue pour ses mœurs faciles, était particulièrement entreprenante à l'égard de son mari. Aussitôt, elle en conclut que cette femme doit être la véritable rivale. Elle la suit, la voit entrer une fois dans le garage où travaille son mari, puis ressortir quelques instants après, et ses soupçons se renforcent. Le mari accueille la rivale avec un gracieux sourire à l'heure du déjeuner, il lui parle aimablement. Les premiers troubles du comportement apparaissent, des scènes conjugales pénibles surviennent progressivement, et le retour à Paris de la malade et de son mari en

septembre 1940 n'amène aucune sédation de ces troubles. Le délire évolue à bas bruit pendant un an environ, jusqu'en septembre 1941, où des troubles plus importants de la conduite se manifestent. L'attitude de son mari lui paraît de plus en plus bizarre ; il mène une vie purement végétative ; quand il rentre de son travail, il ne songe plus qu'à manger et à se coucher ; il refuse de converser longtemps avec sa femme ; il oublie de l'embrasser, ainsi que sa fille, avant de partir à l'usine ; il trouve toujours un prétexte pour partir à son travail avant l'heure et rentrer en retard ; leurs rapports sexuels s'espacent.

Elle commence alors à prendre en filature sa rivale et son mari, à essayer de rassembler des preuves de son infortune. Le matin, quand son mari part au travail, elle le suit à distance et constate qu'il rencontre sa rivale avant d'entrer à l'usine, qu'ils se parlent, et pourtant la rivale n'a aucune raison de se trouver devant l'usine à cette heure puisqu'elle n'y travaille plus depuis un certain temps.

Un matin, excédée, elle la gifle ; sa victime s'enfuit sans lui répondre, ce qui confirme Agnès dans ses soupçons : « Elle avait peur, elle savait bien qu'elle avait tort. »

Elle soupçonne d'ailleurs qu'il est facile à son mari de rencontrer sa maîtresse en dehors de l'usine, car son travail lui permet de sortir fréquemment pendant la journée.

Elle recherche des preuves objectives ; elle remarque un jour des taches suspectes sur le linge de son mari ; le fait se reproduit plusieurs fois ; interrogé, il nie et, de ce fait, elle n'acquiert jamais une preuve formelle.

De temps à autre il lui semble qu'elle s'est trompée, mais dès que surgit une nouvelle preuve, même légère et non fondée, tout recommence.

Elle accable son mari de ses reproches, lui fait des scènes quotidiennes, le gifle dans la rue, chez lui, « le menace de lui faire son affaire et de lui tirer des coups de revolver ».

C'est dans ces conditions que s'impose l'internement. A l'entrée, nous nous trouvons en présence d'une femme correcte, posée, calme, un peu triste. Elle expose alors complaisamment son cas sans y mettre d'accent passionnel ; le comportement n'est pas du tout hypersthénique. La conviction délirante n'est peut-être pas très marquée ; elle nous dit que, de temps en temps, elle croit accuser son mari à tort, qu'elle manque de preuves formelles de son infidélité ; elle se dit que c'est stupide de ruiner son foyer pour des choses dont elle n'est pas certaine. Cependant, à d'autres moments, quand elle pense avoir trouvé une nouvelle preuve, tout recommence.

Elle ne sait pas ce qui se trame autour d'elle ; son mari ne s'occupe plus d'elle depuis son placement à l'asile ; elle redoute d'être abandonnée pour une rivale plus jeune et plus belle.

Evolution des troubles. — Moins d'un mois après l'internement, le comportement de la malade s'est totalement modifié et on a pu

assister à une atténuation progressive du délire ; celui-ci s'est totalement dissipé à la faveur de l'internement. La rectification délirante semble absolument sincère ; ce n'est pas une simple feinte de la malade dans le but d'obtenir sa sortie. Elle reconnaît avoir eu tort ; ses idées de jalousie, dit-elle, étaient fondées sur des bases bien fragiles pour ne pas dire inexistantes ; l'attitude actuelle de son mari prouve qu'elle s'était lourdement trompée. Elle est sûre que pendant son internement il reste sérieux, il ne profite pas de sa liberté. C'est donc une preuve de son attachement à elle.

Examen physique. — On constate des signes d'hyperémotivité, tachycardie, éréthisme cardiaque au moment de l'examen.

Le réflexe oculo-cardiaque est inversé, 88-92. Le réflexe solaire montre une diminution marquée de l'amplitude des oscillations de $2\frac{1}{2}$ à $1\frac{1}{2}$ et un ralentissement des pulsations de 84 à 66.

La tension artérielle est à 17-9.

Les réflexes tendineux sont un peu vifs. La pupille droite est un peu déformée, mais les réflexes lumineux et d'accommodation sont normaux.

La ménopause date de quatre ans et ne s'est pas accompagnée de troubles notables.

L'examen du sang montre une urée à 0,35 et des réactions neurologiques négatives.

Le métabolisme basal est augmenté de 6 p. 100.

Antécédents. — Père éthylique mort à 67 ans. Un frère est d'un caractère instable.

La malade a eu deux enfants dont l'un, âgé de 11 ans, est bien portant, l'autre décédé à l'âge de 5 ans d'appendicite.

L'observation de cette malade montre le mode d'apparition et le développement d'une idée prévalente de jalousie. Elle apparaît dans des conditions particulières de changement de milieu, d'habitudes et aussi d'inquiétudes, d'émotion et de sentiments pénibles. La malade craint de perdre l'amour de son mari, elle voit pour la première fois comment il se comporte vis-à-vis d'autres femmes plus jeunes, plus libres et elle conçoit des doutes sur sa fidélité. L'idée de jalousie une fois constituée va évoluer comme une idée prévalente autour de laquelle viennent se polariser les sentiments de la malade. Les interprétations, soupçons, vérifications, filatures, viennent s'adjoindre dans le sens de cette idée fixe, l'évolution se fait en secteur. Cette idée est sous-tendue par un état d'émotion véhémement qui transforme en une certitude d'être trahie la crainte que la malade a de perdre l'amour de son mari.

Il faut distinguer nettement cette forme passionnelle de jalousie du délire systématisé du délire de jalousie à mécanisme interprétatif qui a une évolution extensive. Elle se rapproche davantage de l'hyperesthésie jalouse de Mairé, mais cette forme clinique semble concerner un sentiment de jalousie plus que l'idée prévalente, la représentation obsédante que nous observons ici.

Il faut noter l'importance, dans le développement de ce délire, d'un fond d'hyperémotivité que montre actuellement l'examen physique. Il semble que l'émotivité de cette malade a pu être influencée par la ménopause, par les chocs affectifs de l'exode et du changement de milieu. Notons aussi le facteur d'éthylisme paternel.

L'évolution après l'internement montre bien le caractère passionnel de ces troubles. La certitude délirante d'être trompée a disparu très rapidement et actuellement, malgré la séparation, la malade ne conçoit plus de doutes sur la fidélité de son mari. Il est certain que, dans ce cas, l'hospitalisation a agi sur l'évolution du syndrome, en prouvant à la malade qu'il s'agissait d'idées morbides, rectification que nulle sanction judiciaire des actes agressifs n'eût permis d'obtenir.

M. HEUYER. — Cette malade m'avait intéressé par la discordance entre les données de l'enquête et son attitude à l'Infirmierie spéciale, attitude identique à celle qu'on observe présentement. A l'Infirmierie, elle exprimait des idées de jalousie de nature imprécise (délire ou syndrome passionnel de jalousie ?). Actuellement, elle se présente sous un aspect inoffensif. Elle n'en a pas moins eu des réactions nettement délirantes, telles que la recherche des taches suspectes. Il y a là un problème difficile, et la prudence sera nécessaire lorsque va se poser la question de la sortie.

Syndrome préfrontal pur par atrophie cérébrale localisée,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Hubert MIGNOT et M^{lle} JOUANNAIS.

La malade que nous avons l'honneur de présenter est atteinte d'une atrophie frontale discrète qu'a révélée l'encéphalographie. Cette atteinte destructrice limitée se traduit par un syndrome frontal très pur.

OBSERVATION. — Mlle Rachel B... est âgée de 46 ans ; elle était vendeuse dans un grand magasin. Le début de sa maladie a été progressif ; il s'est manifesté à son entourage par des troubles du comportement, qui ont été remarqués pour la première fois vers l'année 1936. Ces troubles consistaient en des « oublis » et des erreurs professionnelles. Vers 1938, les troubles s'accroissent mais gardent le même caractère ; c'est ainsi qu'il lui arrive de ne pas se rendre à son travail un jour de la semaine, croyant que c'est un dimanche. Dans son travail, elle commet de nombreuses fautes, toujours par un mécanisme d'oubli, et elle est licenciée. En août 1939, elle est conduite à l'Hôtel-Dieu par son frère ; depuis, elle n'a quitté l'hôpital que pour être internée le 8 juillet 1941. Durant cette lente installation des troubles et depuis son hospitalisation, Mlle Rachel n'a eu ni ictus, ni crise comitiale.

Actuellement, l'expression de la malade est affable mais béate et distraite. Son visage est peu mobile, sa mimique pauvre, sans qu'il soit possible de parler d'aspect figé, de masque. Ses gestes sont rares, son attitude habituelle est celle d'une personne inoccupée et légèrement assoupie. Son activité spontanée est très réduite. Elle borne son activité à ses manifestations les plus automatisées : se lever, se coucher, faire sa toilette, manger. L'absence d'initiative, la passivité caractérisent l'activité très restreinte de cette malade.

Spontanément, Mlle Rachel parle très peu ; elle ne converse guère avec les autres malades ; à ses compagnes et aux infirmières, elle apparaît distraite ou indifférente. Cependant, elle se prête en toute bonne volonté à l'interrogatoire ; elle y répond de façon affable, mais ne donne qu'exceptionnellement l'impression de faire un effort ; dès que celui-ci est nécessaire, elle répond n'importe quoi, se réfugie dans des généralités ou dans des formules par lesquelles elle exprime son chagrin de constater son incapacité à fournir une réponse convenable. Cette incapacité à fournir un effort intellectuel, ce défaut d'attention active, volontaire, nous paraît le trait psychologique dominant du syndrome psychopathique présenté par cette malade.

L'orientation temporo-spatiale de Mlle Rachel est imprécise ; généralement, elle indique de façon exacte le millésime et le mois, mais elle est incapable de préciser le quantième et le jour de la semaine. En ce qui concerne le lieu où elle se trouve, elle répond tantôt de façon approchée (Hôpital Henri-Rousselle) ou de façon plus vague encore : à l'hôpital.

Les efforts de mémoration sont ceux dont elle paraît le moins capable ; la malade se rappelle bien quelques faits précis de son enfance, mais, au cours de plusieurs interrogatoires, on se rend compte qu'elle raconte toujours les mêmes petits faits. La masse des souvenirs qu'elle est capable d'évoquer se trouve singulièrement pauvre ; il en va de même des notions scolaires qu'elle a dû acquérir autrefois. Si on lui demande d'évoquer un passé plus récent, alors le trouble mnésique

devient énorme ; c'est ainsi que cette malade se montre incapable de nous dire les raisons pour lesquelles elle a dû interrompre son travail ; d'un séjour de plus d'un an à l'Hôtel-Dieu, d'un exode sans doute mouvementé, elle ne peut rien dire : elle se souvient seulement de la ville où l'hôpital fut évacué et d'être descendue dans une tranchée. Mais elle ignore le nom du médecin qui l'a soigné, comment se fit le repli de l'hôpital, les conditions dans lesquelles elle fut amenée à Sainte-Anne. Les rares détails qu'elle peut fournir sur tous ces sujets sont toujours les mêmes et fort peu nombreux.

Les épreuves destinées à étudier la fixation actuelle des souvenirs donnent chez cette malade des résultats fort curieux. Si on lui montre successivement six objets d'usage courant que l'on dissimule ensuite dans une boîte et qu'on lui demande au bout de trois minutes d'en fournir la liste, elle est, le plus souvent, incapable d'en nommer aucun. Si on vient à réduire le temps de latence de l'épreuve, au point de lui demander de citer ces objets aussitôt le dernier placé dans la boîte, il lui arrive très souvent de ne pouvoir en nommer qu'un ou deux. Il semble que, là encore, le défaut d'attention volontaire durant l'épreuve, son incapacité à fournir un effort suffisant, jouent un rôle essentiel. Les résultats sont sensiblement comparables dans l'épreuve des trois papiers qu'elle est incapable d'exécuter complètement, car elle oublie de façon constante tout ou partie de la consigne. Elle est naturellement incapable de donner le menu de son repas ; si on vient à le lui fournir, il lui arrive d'être incapable aussitôt après de le répéter. Dans toutes ces épreuves, son attitude marque son défaut d'effort et aussi l'indifférence devant ses échecs en dépit de quelques phrases telles que : « C'est trop fort..., c'est stupide... », qui apparaissent beaucoup plus comme des automatismes que comme l'expression d'un chagrin éprouvé. Les épreuves de calcul chez cette ancienne vendeuse sont beaucoup mieux exécutées et elle est capable de faire correctement une multiplication, peut-être parce qu'elle a devant les yeux les données du problème. Malgré les gros troubles de la mémoire, on n'observe cependant aucune tendance à la fabulation spontanée.

Nous avons déjà, chemin faisant, signalé l'indifférence profonde de cette malade et son apathie. Elle ne se soucie guère de ses proches, de ses amis. Consciente de son trouble et du genre d'établissement où elle se trouve, elle ne s'en affecte pas et ne réclame guère sa sortie. Lorsqu'elle demande si elle va guérir, elle le fait sous une forme telle que cette demande apparaît plutôt comme un geste de courtoisie vis-à-vis du médecin que comme l'expression d'un désir profond.

Signalons enfin que nous n'avons observé chez Mlle Rachel aucune libération des pulsions instinctives ; son langage, son attitude, sa conduite ne témoignent d'aucune déchéance éthique.

L'examen neurologique révèle un minimum de symptômes. Il n'existe aucun phénomène agnoso-aphaso-apraxique. La motricité

volontaire au commandement est normale. Elle n'a aucun déficit de la force musculaire segmentaire. La mobilisation passive ne montre aucun trouble du tonus ; les réflexes de posture sont normaux ; les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques mais anormalement vifs et diffusés, ils ne sont pas polycinétiques. Par contre, à plusieurs examens, nous avons constaté un signe de Babinski à gauche ; il n'est pas constant. On ne note aucun trouble de la coordination, tant en ce qui concerne les fonctions d'équilibration que les mouvements volontaires. La malade ne tremble pas. Ses sensibilités superficielle et profonde sont intactes. Elle n'a ni trouble vaso-moteur, ni trouble trophique. Dans le domaine des nerfs crâniens, signalons une asymétrie faciale discrète. Le strabisme de l'œil gauche est lié à une paralysie de l'adduction en rapport avec une opération pratiquée à l'âge de sept ans pour un strabisme convergent congénital. Le fond d'œil est normal, ainsi que les pupilles. Les troubles de la marche présentés par Mlle Rachel et l'atrophie de sa cuisse gauche doivent être mis sur le compte de l'évolution progressive d'un morbus coxæ.

La ponction lombaire pratiquée le 8 août 1941 donne les résultats suivants : albumine, 0,45 ; Pandy et Weichbrodt = 0 ; leucocytes = 0,6 ; Bordet-Wassermann et Meinicke = 0 ; benjoin colloïdal = 00000.02210.00000.0 ; Kahn et Bordet-Wassermann dans le sang = négatifs.

Une seconde ponction lombaire, pratiquée le 29 octobre 1941, donne des résultats analogues à la précédente, sauf en ce qui concerne le benjoin colloïdal, qui marque un élargissement de la zone de précipitation : 11221.12200.00000.0. On retrouve une hyperalbuminose à 0 gr. 40. La tension du liquide céphalo-rachidien est de 40 en position assise.

Une ventriculographie pratiquée par le Dr Puech le 19 novembre 1941 donne lieu au compte rendu suivant : intervention double, trépano-ponction occipitale droite et gauche, dure-mère battante non tendue. La ponction à droite ne donne issue qu'à une goutte de liquide céphalo-rachidien. À gauche, issue de liquide céphalo-rachidien sans pression. Injection de 30 cc. d'air à gauche et de 20 cc. à droite. Ventriculogrammes : l'air est passé en encéphalographie ; au niveau de l'injection par la droite, on voit une grosse quantité d'air extra-ventriculaire, dessinant des zones d'atrophie cérébrale. L'examen viscéral est négatif.

En résumé, il s'agit d'une femme de 45 ans chez laquelle s'est installé de façon progressive depuis plus de quatre ans un syndrome déficitaire. Celui-ci se caractérise par les symptômes suivants : amimie, diminution de l'activité spontanée, diminution de l'attention active avec gros troubles de la mémoire d'évocation et surtout de fixation sans fabulation ni suggestibilité, apathie, joie passive sans trouble de l'humeur. Ce syndrome déficitaire paraît devoir être mis sur le compte d'un processus d'atrophie frontale encore discret, dont la nature reste encore indéterminée.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée, car elle représente un cas typique de syndrome frontal déficitaire. On y retrouve les symptômes expérimentalement reproduits par Bianchi, par la destruction des lobes frontaux du singe et du chien, symptômes qui furent retrouvés par la plupart des expérimentateurs, notamment Frantz, Jacobsen, Fulton, Kalischer.

Le même syndrome a été maintes fois étudié chez l'homme dans divers syndromes frontaux, notamment par Choroschko, Kleist, Lhermitte.

Insistons sur quelques traits de notre observation. L'amnésie de fixation y figure comme le symptôme le plus apparent : elle est considérable, incroyable parfois ; par là notre observation corrobore les conclusions de Morsier sur l'amnésie de fixation, signe primordial de l'altération pré-frontale. Toutefois, ce syndrome, si frappant qu'il soit, nous paraît être seulement l'expression, dans le domaine de la mémoire, d'un processus morbide beaucoup plus général. L'amnésie de notre malade nous semble en relation avec le fait qu'elle ne fournit aucun effort psychique actif. Ce défaut d'effort volontaire rend inefficaces tant le processus primitif de perception que le processus secondaire de remémoration. Si le trouble mnésique apparaît comme l'élément moyen du tableau clinique, c'est que l'étude de la mémoire est le premier temps et un temps capital de l'examen du dément. L'apathie, l'indifférence affective, le défaut d'intérêt à l'action de notre malade nous semblent non moins essentiels ; ils apparaissent comme l'aspect affectif du même trouble. Dans le domaine de l'affectivité, enfin, le ralentissement des activités réactionnelles et le défaut de spontanéité se manifestent aussi bien en ce qui concerne les kinésies les plus simples que les conduites les plus complexes. Défaut d'effort intellectuel volontaire, défaut de spontanéité et d'activité réactionnelle, apathie et désintérêt de l'action expriment, selon des optiques différentes, un même processus déficitaire.

Le syndrome paraît bien l'expression d'une atteinte purement destructrice, mais encore discrète et superficielle du cortex pré-frontal. Chez notre malade n'existe aucun des troubles neurologiques que l'on rencontre dans des atteintes frontales, soit irritatives, soit plus étendues, soit enfin plus profondément destructrices. Notons cependant qu'une phase de dynamique fonctionnelle, du reste brève et discrète, marqua le début de la maladie de Mlle Rachel. On pourrait l'interpréter comme l'expression d'une irritation ayant précédé les lésions destructrices. Quant au

signe de Babinski gauche que nous avons plusieurs fois observé, il s'expliquerait par la prédominance droite à l'atrophie qui, de ce côté, se prolongerait vers la région rolandique, mais il a peut-être une toute autre signification en raison de l'atrophie musculaire d'origine arthropathique présentée par la malade.

Démence sénile simple, précoce et dégénérescence neuro-fibrillaire d'Alzheimer, par MM. L. MARCHAND, G. DEMAY et J. NAUDASCHER.

Dans la maladie d'Alzheimer, à l'état démentiel présénile, se surajoutent des symptômes particuliers, tels que : dysarthrie, jargonaphasie, paraphasie, écholalie, logoclonie, apraxie idéomotrice en rapport avec la prédominance des lésions cérébrales sur telles ou telles régions du cerveau. Dans le cas suivant l'examen anatomo-pathologique a décélé les lésions considérées comme spéciales à cette affection et cependant le tableau clinique a revêtu les caractères de la démence sénile simple sans symptômes de localisation. La seule particularité, qui, d'ailleurs, attira l'attention sur ce cas, fut le début précoce de l'affaiblissement intellectuel.

OBSERVATION. — A... Marie-Josèphe, admise à l'hôpital Henri-Rousselle le 10 janvier 1939, entre à Maison-Blanche le 16 janvier suivant, à l'âge de 60 ans.

Domestique, au service de la même famille depuis trente-huit ans, elle a commencé il y a quatre ans à présenter des troubles du caractère, de l'irritabilité qui contrastait avec son comportement antérieur. En février 1938, des pertes fétides attirent l'attention de l'entourage. Un examen gynécologique montre un cancer du col de l'utérus à un stade avancé et inopérable. Il est traité par des applications de radium. A partir d'avril 1938, aggravation progressive de l'état mental : idées de jalousie, de persécution, de grandeur ; alternatives de mutisme et de colères, menaces, agitation nocturne, fugues.

A l'entrée, la malade est désorientée, amnésique, avec fabulation, fausses reconnaissances, excitation psychique, euphorie, idées de satisfaction et de grandeur. Elle connaît les infirmières, le médecin ; elle-même est connue de tout Paris ; elle a fait cinq ans de guerre, a de multiples décorations, sa mère a dilapidé cinq millions. Hier, elle a été voir des petits enfants malades et s'est promenée au Lion de Belfort. Elle se déclare satisfaite, rit volontiers, fait l'éloge de l'entourage.

Au point de vue organique, anémie, maigreur, pertes vaginales roussâtres et fétides, col utérin bosselé et ulcéré, œdème malléolaire,

légère tachycardie. Tension artérielle : 12-8. Urée sanguine : 0,40 p. 1.000. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

L'examen neurologique est négatif ; en particulier, pas de troubles des réflexes tendineux ; réflexes plantaires en flexion. Pas d'hyper-tonie. Absence de symptômes aphasiques, les questions et les ordres sont compris ; les propos, s'ils traduisent l'affaiblissement psychique, ne sont pas dans l'ensemble incohérents ; la liaison entre les idées est conservée, et les phrases restent bien construites. Il n'existe pas non plus de symptômes apraxiques et agnosiques.

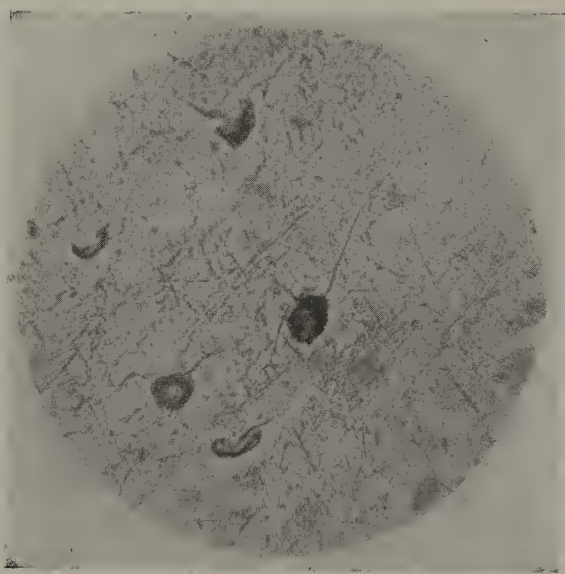


FIG. 1. — Dégénérescence neuro-fibrillaire des cellules corticales.
Diam. 325.

Dans le service, la malade se montre turbulente, défait fréquemment sa literie, cherche parfois à déchirer ses couvertures. Mais elle reste souriante et ne se plaint jamais. La fabulation et les fausses reconnaissances persistent. L'alimentation est défectueuse. Deux métrorragies survenues en un mois viennent précipiter l'évolution cachectique et le décès survient le 2 mars 1939.

Autopsie. Examen macroscopique. — *Encéphale* : A l'ouverture de la dure-mère, on note un léger épanchement sanguin couvrant l'hémisphère gauche.

Le cerveau apparaît diminué de volume dans son ensemble sans que l'atrophie porte particulièrement sur l'un des lobes. La pie-mère est normale et non adhérente.

Aucune lésion localisée sur les coupes transversales. Pas d'athérome des artères de la base. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés.

Examen microscopique. — Diminution d'épaisseur de l'écorce cérébrale au niveau des lobes frontaux, d'autant plus accusée que l'on considère une région plus proche des pôles frontaux.

Atrophie considérable des cellules ganglionnaires qui ont perdu leur forme pyramidale ; les unes sont globuleuses, d'autres très rétractées. Toutes sont très pauvres en prolongements protoplasmiques.

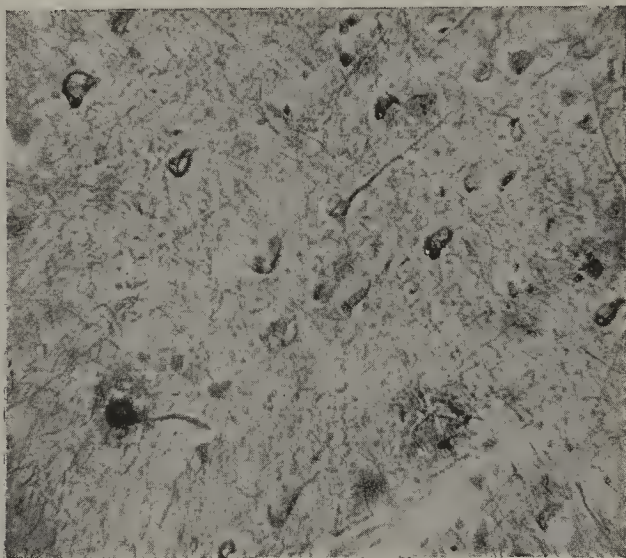


FIG. 2. — Dégénérescence neuro-fibrillaire et plaques séniles.
Diam. 325.

ques. Au Nissl, granulations poussiéreuses. Zone pigmentée dans le cytoplasma. Noyaux excentriques et également atrophies.

Au Bielchowsky, un grand nombre de cellules présentent la lésion d'Alzheimer : fibrilles épaisses, disposées en tourbillons et en vrilles dans le cytoplasma (fig. 1). Tout le cortex est envahi par de nombreuses plaques séniles (fig. 2). Sclérose de la couche moléculaire. Ces altérations sont plus accusées au niveau des lobes frontaux.

Les espaces périvasculaires sont peu dilatés. Pas d'altération des parois des vaisseaux.

Au Weigert-Pal, diminution considérable des fibres tangentiellées des lobes préfrontaux. Les fibres tangentiellées sont bien conservées au niveau des régions motrices.

Altération atrophique prononcée des cellules des noyaux gris centraux et des couches optiques. Quelques veinules ont leur paroi épaissie. Sclérose sous-épendymaire très accusée.

Légère hémiatrophie gauche du bulbe portant sur les diverses régions sans lésions localisées. Atrophie des cellules des noyaux de l'hypoglose. Espaces périvasculaires distendus.

Dans le cervelet, atrophie des cellules des noyaux dentelés et des cellules de Purkinje.

Organes. — Pas de lésions du foie. Epithélioma de l'utérus avec présence de globes cornés.

Il s'agit donc d'une démence sénile simple mais précoce ne s'accompagnant d'aucune des manifestations cliniques de la maladie d'Alzheimer. Les symptômes aphasiques ; les troubles agnoso-apraxiques faisaient défaut. La forme clinique se présentait plutôt comme celle d'une démence sénile presbyophrénique. Les lésions cérébrales sont cependant celles qui sont données comme particulières à la maladie d'Alzheimer. De nombreux auteurs ont déjà signalé la présence de la dégénérescence neurofibrillaire d'Alzheimer dans la démence sénile simple. Dans notre cas, ce qui est remarquable, c'est l'importance de cette lésion qui porte d'une façon diffuse sur la plupart des cellules du cortex cérébral. Cette observation vient encore à l'appui de la thèse que nous avons déjà soutenue antérieurement, que la maladie d'Alzheimer n'est qu'une variété de démence sénile.

Perforation crânienne par les granulations de Pacchioni chez un alcoolique chronique, par MM. L. MARCHAND et R. DUPOUY.

Bien des points obscurs concernent encore le mode de développement et les fonctions de granulations de Pacchioni. Nous avons observé le cas suivant qui peut apporter quelques lumières à ce sujet, puisque, à côté des villosités arachnoïdiennes qui ont simplement érodé la face interne du crâne, il y en a d'autres qui l'ont perforée complètement.

OBSERVATION. — Le malade H... entre à l'âge de 48 ans à l'Hôpital Henri-Rousselle ; il est atteint de délire alcoolique aigu qui a débuté deux jours auparavant ; il prétend qu'on entre chez lui et qu'on le menace avec un revolver ; il voit des animaux, des rats, des petites bêtes noires. Chez lui, il a déplacé ses meubles pour qu'on ne les emporte pas. Inappétence. Pituïte et même vomissements depuis quel-

ques jours. Tremblement généralisé. Température oscillant entre 38 et 39°. Réaction négative dans le sang.

Dans ses antécédents, on note que sa mère a été internée ; lui-même aurait été atteint de fracture du crâne à 8 ans (?).

Décès quatre jours après hospitalisation.

À l'autopsie, au moment où nous détachons le cuir chevelu, nous notons, à la région pariéto-occipitale droite, à dix centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille, une perte de substance osseuse, arrondie, à bords blanchâtres taillés à pic, ayant 7 millimètres de diamètre et recouverte d'une simple membrane transparente.

Après avoir ouvert la boîte crânienne, nous notons que la dure-mère présente au même niveau un orifice de la même dimension, par lequel font saillie des granulations blanchâtres, molles, de la grosseur d'un grain de mil.

Nous remarquons que la dure-mère porte cinq autres orifices semblables ; le plus grand a un centimètre de diamètre, les autres 4 à 5 millimètres. Ils sont situés de chaque côté de la ligne sagittale.

De chaque orifice s'échappent aussi des villosités identiques à celles observées précédemment et ayant la même apparence que les granulations de Pacchioni, particulièrement abondantes tout le long de la scissure interhémisphérique.

La face interne du crâne présente une perte de substance correspondant à chaque orifice de la dure-mère, mais n'intéressant ici que la table interne du diploé.

La dure-mère est ensuite détachée avec soin de la pie-mère.

Des morceaux de la dure-mère et de la pie-mère sont prélevés pour examen microscopique.

Pas d'autres lésions macroscopiques de l'encéphale. Pas d'athérome des artères cérébrales.

Le crâne ne présente aucune trace de fracture ancienne.

Examen histologique. — Au niveau de l'orifice de perforation, la pie-mère est normale. Les granulations prennent naissance dans le tissu conjonctif situé sous l'endothélium arachnoïdien. Elles sont formées de faisceaux conjonctifs lâches et restent coiffées par l'endothélium. Présence de nombreuses concrétions calcaires aussi bien dans les granulations que dans le tissu méningé. À mesure que le tissu collagène se développe, des cellules endothéliales restent englobées dans ce tissu, prolifèrent et forment par endroits des foyers ressemblant à des méningiomes microscopiques. On ne note aucune communication entre l'intérieur des villosités et le liquide céphalo-rachidien des espaces sous-arachnoïdiens. Les villosités font ensuite hernie dans l'espace subdural, détruisent par lyse la dure-mère, s'appliquent à la face interne du crâne qu'elles érodent et finissent par perforer. Elles ne sont plus alors recouvertes que par une mince membrane périostée qui les sépare du cuir chevelu.

Sous les régions crâniennes qui présentent seulement des érosions

de la table interne, on note la même évolution des granulations. C'est d'ailleurs la même disposition que l'on observe couramment chez les individus âgés.

Le processus par lequel les granulations de Pacchioni détruisent la dure-mère et le tissu osseux est inconnu ; il y a lieu de penser que les cellules endothéliales qui coiffent chaque villosité agissent comme certains méningiomes perforants.

Quand certaines granulations de Pacchioni, dans leur trajet, traversent le sinus dure-mérien, elles restent toujours séparées du liquide sanguin par une ou plusieurs couches endothéliales. Cette disposition n'est pas en faveur de la thèse qui admet que le liquide céphalo-rachidien s'écoule à travers les granulations dans les sinus dure-mériens. Il faut également noter que de nombreuses villosités arachnoïdiennes n'ont aucun rapport avec les sinus et que leur hypertrophie n'existe que chez les personnes âgées.

Ce cas offre, en outre, un intérêt médico-légal. La radiographie, en décelant une telle perte de substance osseuse crânienne, peut entraîner une erreur de diagnostic en faisant attribuer à un ancien traumatisme une lésion qui est la conséquence d'un processus pathologique endogène.

Syndrome : aphasie, insistance loquace, monoproséxique.
(Contribution à l'étude des aphasies sans lésion focale).
Présentation de malade, par MM. P. GUIRAUD, P. SOURIAU et P. FOUQUET.

Il y a quelques mois, nous présentions à la Société, avec les Internes du service, un cas de paralysie générale de Lissauer caractérisée par un syndrome d'aphasie, de loquacité paraphasique et jargonaphasique, impossibilité de détourner l'attention du malade de son discours interminable et stéréotypé.

Le cas présenté aujourd'hui a beaucoup d'analogies avec le premier : aphasie nominale typique, loquacité incoercible, impossibilité de détourner l'attention de la malade de sa loquacité. Mais il ne s'agit plus de paraphasie avec jargonaphasie ; la structure du langage de notre malade est à peu près normale du point de vue de la syntaxe, les mots sont employés correctement et sans déformation, avec substitution des termes « chose » ou « machin » quand le mot exact fait défaut ; comme dans notre

premier cas la loquacité n'est pas dépourvue de signification, elle exprime un état affectif d'excitation inquiète indéfiniment continué. De même il ne s'agit pas d'une lésion en foyer.

Soulignons en passant que les syndromes aphasiques par lésion histologique, en opposition avec les aphasies par destruction focale, s'accompagnent d'un état démentiel authentique, assez facile à distinguer de l'aphasie pure.

Cet état démentiel empêche une exploration complète de la fonction du langage, les malades sont incapables de se prêter aux épreuves utilisées habituellement pour les aphasiques ordinaires. La différence est facile à expliquer : dans les syndromes aphasiques par atteinte histologique la lésion est simplement prédominante dans la région de Wernicke, mais s'étend aussi à l'encéphale tout entier (1).

Le cas présenté aujourd'hui est une démence présénile, sans qu'il soit possible d'affirmer s'il s'agit d'une maladie de Pick ou d'Alzheimer. Toutes les réactions sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; on ne constate aucun symptôme d'ordre neurologique.

OBSERVATION. — Notre malade est une femme de 62 ans, physiquement bien portante, sauf une presbytie accentuée. Les troubles mentaux ont commencé il y a quatre ans et ont été lentement progressifs. La malade se plaignait de souffrir de la tête et de la nuque et de « perdre l'usage des mots les plus usuels » ; elle avait des crises d'irritation et de colère. Deux ans après le début de la maladie, on a constaté une véritable période médico-légale semblable à celle de la paralysie générale au début. La malade dérobaient dans les magasins sans précaution des objets sans valeur dont elle n'avait aucun besoin, par exemple un moulin à café mural, un paquet de figues sèches, etc. Inutile de dire qu'elle se faisait prendre chaque fois par les Inspecteurs des magasins. Placée dans un hôpital ordinaire, elle n'a pu y être conservée par suite de son agitation motrice et verbale.

Certificat immédiat : « Est atteinte d'affaiblissement mental démentiel. Aphasie nominale, surdité verbale, lecture très difficile. Loquacité continuelle et intarissable, afflux de souvenirs affectifs. Conscience de son aphasie ; impossibilité de fixer son attention. Besoin de mouvement parallèle à la loquacité. — Dr Guiraud. »

La malade attire d'abord l'attention par sa loquacité et son indocilité. Dès que le médecin ou une personne étrangère pénètre dans le service, elle saute vivement de son lit et demande à s'en aller avec elle ; elle fait irruption dans le bureau médical, ou dans la salle à

(1) P. GUIRAUD et N. AGADJANIAN. — Maladie d'Alzheimer ou ramollissement sylvien partiel, *Ann. Méd.-Psych.*, novembre 1934.

manger des infirmières, demandant à être reconduite à son domicile. Il est impossible d'arrêter son torrent de paroles. Mais un examen plus prolongé montre une *réduction considérable du stock des idées* et une répétition interminable des mêmes thèmes.

1° Elle veut rentrer dans sa maison qui est bien installée et a 14 mètres de long. Elle offre 200 francs à celui qui l'emmènera.

2° Elle veut aller chez sa sœur qui est malade à Lorient.

3° Elle n'est pas la première venue ; elle a été charcutière et sage-femme à Sidi-Abdallah et à Toulon.

4° Elle a une fille aveugle. C'est venu par une ophtalmie purulente mal soignée par la sage-femme.

Il y a stéréotypie des idées mais pas encore des mots. Des variations sont introduites, des détails ajoutés, le fond reste le même.

L'état affectif à la base de ces thèmes est une excitation inquiète.

Guiraud (1) a déjà montré que ces thèmes stéréotypés comportent souvent de la fabulation. Dans le cas présent, ce n'est pas la fabulation qui est en jeu, mais le mensonge puéril. La sœur de Lorient n'est nullement souffrante, cette affirmation est une ruse pour sortir comme la malade l'a avoué à sa fille.

Il est probable que progressivement les idées se réduiront encore et que leur expression verbale se stéréotypera et peut-être deviendra itérative comme nous en avons déjà publié des exemples.

A côté de la réduction du stock des idées, le symptôme le plus frappant est l'aphasie. Aphasie nominale nette. Les objets les plus usuels : clef, lunettes, mouchoir, sont bien reconnus et utilisés mais ne peuvent être désignés par leur nom. A la différence de l'aphasie amnésique, la malade ne reconnaît pas le nom de l'objet si on le prononce devant elle. Si l'objet est moins usuel, il n'est pas reconnu : briquet, coquille, etc. Cette agnosie se complique d'apraxie, la malade commet des erreurs multiples dans le détail d'exécution si par exemple on lui fait allumer une bougie.

La lecture est presque impossible sauf quelques mots simples qui sont reconnus : *Presse médicale*, *Petit Parisien*. Dès que le mot est un peu long ou compliqué, il n'est pas identifié. Presque toujours la copie est sénile, elle est littérale et utilise les lettres typographiques ; les dessins les plus simples ne sont pas reconnus et ne sont reproduits que détail par détail.

L'heure est bien lue aux montres et aux horloges.

On peut se demander pourquoi l'aphasie de la malade est moins accentuée pour les quatre ou cinq thèmes résiduels. Il faut d'abord remarquer que dans leur exposé même l'aphasie nominale existe, que souvent les mots déficitaires sont remplacés par des termes vagues

(1) P. GUIRAUD et Mad. BONNAFOUS-SÉRIEUX. — Maladie de Pick au début. *Ann. Méd.-Psych.*, nov. 1935.

P. GUIRAUD et CARON. — Syndrome dementiel présénile avec écholalie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, t. I, p. 160.

tels que « chose ou machin » ou par des mots qui représentent une idée analogue, par exemple pour exprimer qu'elle a perdu ses lunettes, la malade dira, en faisant comprendre par gestes qu'il s'agit de ses lunettes : « Mes machins sont morts. »

La raison principale de la persistance relative du langage pour les thèmes résiduels est qu'ils sont déjà anciens et antérieurs à l'aphasie; les mots nécessaires ont été conservés à cause de l'intensité de l'état affectif de sa permanence et de son expression verbale répétée.

Les troubles agnoso-apraxiques sont assez délicats à étudier par suite de l'inattention de la malade. Les objets usuels sont reconnus, mais non les objets peu habituels : si par exemple on présente une bougie à la malade, elle essaie de s'en servir pour écrire. Elle n'est pas capable de l'allumer, soit qu'elle approche de la mèche une allumette non enflammée, soit qu'elle se trompe de bout ; l'imitation des diverses positions des doigts est également impossible. En somme, l'agnoso-apraxie est moins nettement accentuée que l'aphasie.

Le symptôme loquacité est extrêmement frappant comme dans le cas de paralysie générale de Lissauer, que nous avons déjà présenté; loquacité intarissable et invincible, s'accompagnant de mimique intense, d'hyperactivité motrice, presque d'agitation comme dans notre cas précédent. Cette loquacité exprime un état affectif de désir et d'inquiétude très intense, toujours dirigé dans le même sens. Elle est très différente du bavardage des paraphasiques ordinaires qui est sans vigueur affective, essaie vainement d'exprimer des idées variables suivant les circonstances et de se mettre en contact avec l'interlocuteur.

Le symptôme aprosexie est un corollaire du précédent, mais il demande quelques précisions. Le défaut d'attention qui empêche la malade de s'intéresser à rien, de faire le moindre effort pour répondre à nos questions ou exécuter les actes les plus simples tient au fait que l'attention est déjà fixée constamment sur la préoccupation dominante exprimée avec loquacité. Le symptôme se distingue facilement de l'aprosexie des maniaques, qui ne peuvent fixer leur attention parce qu'ils s'intéressent à tout ou de celle des hébéphréniques et des asthéniques qui ne s'intéressent à rien. Si nous ne craignons pas le néologisme, nous parlerions de monoprosexie.

L'insistance sur le même sujet, le harcèlement du personnel rappellent le comportement de certains parkinsoniens encéphalitiques.

Pour le moment, nous ne pouvons nous expliquer la liaison entre l'aphasie, d'une part, et la loquacité monoprosexique, d'autre part. L'ensemble constitue cependant un syndrome bien spécial sur lequel nous attirons l'attention. Il s'ajoute à l'ensemble des caractères diagnostiques qui permettent de distinguer le syndrome aphasie par lésions purement histologiques des apha-

sies par lésion en foyer. Guiraud et Agadjanian ont déjà étudié ce point. Les aphasies par lésion histologique ne peuvent être confondues qu'avec les ramollissements sylviens partiels temporopli courbe ou pariétopli courbe.

Elles ne comportent pas d'hémianopsie.

Elles s'accompagnent de troubles mentaux généralisés tels que tout examen systématique de l'aphasie est impossible (indocilité, incompréhension, inconscience de la maladie, agitation). Elles ne peuvent présenter en outre l'ensemble clinique : aphasie, loquacité, aprosexie.

Quant au diagnostic précis de notre malade, nous en faisons une démence présénile. A cause de la netteté de l'aphasie, et de l'excitation nous penchons plutôt vers le diagnostic de maladie d'Alzheimer; quoique au début nous ayons été attirés vers l'hypothèse d'une maladie de Pick. La prudence dans l'affirmation est nécessaire d'autant plus que certains auteurs, en particulier, Claude, Baruk et Marchand ont cité des observations de démences séniles avec atrophie cellulaire banale avec symptomatologie du groupe Pick-Alzheimer.

Enfin nous ferons pratiquer la ventriculographie, l'encéphalographie de notre malade, non pour apporter un élément de plus au diagnostic, mais parce que la céphalée initiale, très intense, peut faire émettre également l'hypothèse de tumeur cérébrale.

M. MARCHAND. — Ce malade me rappelle un cas observé jadis à Bailleul, dans lequel je m'attendais à trouver, à l'autopsie, des lésions d'aphasie sensorielle, et où je n'ai absolument rien découvert.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire des séances,

Jean DUBLINEAU.

Séance du Lundi 23 Mars 1912

Présidence : MM. Ach. DELMAS et André BARBÉ

Décès du D^r A. Breton

En ouvrant la séance, M. le Président annonce la mort du D^r Albert BRETON (de Dijon). Né le 19 octobre 1862, ancien interne des hôpitaux de Paris, élève du Professeur Joffroy et auteur d'une thèse sur l'état mental dans la chorée (1893), *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique depuis 1899, le D^r Albert Breton était le doyen de nos membres correspondants.

Adoption du procès-verbal

Les procès-verbaux des séances du 23 février et du 9 mars 1912 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} Jacques DEVALLET et Lionel VIDART, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux*.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. H. BEAUDOUIN, au nom d'une commission composée de MM. BARBÉ, BEAUDOUIN et DEMAY sur la candidature de Mlle le D^r JACOB, et d'un rapport de M. CARRETTE, au nom d'une commission composée de MM. CARRETTE, René CHARPENTIER et HESNARD, sur la candidature de M. le D^r R. COULONJOU, il est procédé au vote.

Nombre de votants	27
Majorité absolue	14

Ont obtenu :

M. COULONJOU	27 voix
Mlle JACOB	27 —

M. le D^r Roger COULONJOU, médecin principal de la Marine, médecin-chef du service de psychiatrie de l'Hôpital Maritime de Brest, et Mlle le D^r Elizabeth JACOB, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise), sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Sur quelques aspects psychologiques de la captivité, par M. J. DUBLINÉAU.

On a décrit le côté psychopathologique de la captivité (« psychose des barbelés », etc...). Nous n'envisagerons pas ce point. Nous avons en vue deux problèmes spéciaux : l'un, psychologique, a trait au travail psychique intérieur du prisonnier dans son camp ; l'autre, psycho-social, vise à assurer au rapatrié le maintien du bénéfice retiré par lui de ce travail intérieur.

I. — Beaucoup, en effet, à notre sens, auront tiré un certain bénéfice spirituel de leur situation forcée. L'étude de quelques sujets, à cet égard, fut d'autant plus instructive que, par suite de la conjoncture, des formations entières ont subi le même destin sans être disloquées par la captivité. On en put mieux juger les réactions individuelles dans ce véritable milieu expérimental : le camp, avec ses sujets de toutes provenances, tous âges, toutes tendances.

AU POINT DE VUE CARACTÉRIEL, dans l'immense majorité des cas, du moins dans les camps observés par nous (Oflags et Kommandos) et jusqu'au début de juin 1941 (date ultime de nos observations), l'adaptation fut la règle, sauf pour quelques sujets à personnalité accusée (tendances légèrement instables ou paranoïaques). Les premiers mois de l'internement semblaient avoir réduit l'importance des réactions. Celles-ci qui, avant la captivité, avaient pu rendre certains rapports, pour le moins délicats, avaient fait place à une sociabilité normale, voire nuancée. Par la suite, quand la vie s'organisa, les réactions, quand il y en eut, étaient moins à type d'explosions que de taciturnité, d'isolement et de rumination. Si le contact devenait alors difficile à établir, ces moments étaient loin d'être stériles comme l'auraient été des états banaux de dépression. Lorsque, un peu plus tard, la sociabilité reparaisait, certains propos montraient que l'intéressé

n'avait pas été insensible à ce qui avait pu se dire autour de lui. Lui-même y avait réfléchi plus ou moins activement et en sortait plus malléable. Cette phase de stérilité apparente avait été, en fait, un « moment fécond ». Transposons cette notion sur le plan de la pédagogie caractérielle : Il est vraisemblable que, durant ces périodes, le sujet est en état d'effraction affective et sensible à une suggestion indirecte que ses tendances l'amèneraient à « contrer » si elle prétendait s'exercer directement.

AU POINT DE VUE MORAL, cette réceptivité fut peut-être facilitée par une atmosphère spéciale. Dans une sorte d'émulation inconsciente, le sentiment naquit chez beaucoup qu'ils devaient profiter de l'éloignement pour « faire le point » sur eux-mêmes. Naquit un besoin d'amélioration individuelle, auquel concouraient divers facteurs.

Du point de vue personnel, y aidaient, croyons-nous, ces éléments exigés, dès les premiers mois de la vie, pour le fondement des habitudes morales : une vie régulière, à stricts conditionnements physiologiques, avec au surplus réduction des préoccupations quotidiennes. L'impossibilité, pour une durée indéterminée, d'apporter une solution à des soucis, par ailleurs réels, crée chez l'individu qui y a psychologiquement résisté une sorte de fatalisme. Tout passe au second plan, derrière les menues réalités de chaque jour. Ainsi s'ébauche une vie récessive, à habitudes élémentaires, où la limitation même des intérêts végétatifs favorise la sublimation des autres, se développe une vie morale à bases nouvelles. Ce phénomène rappelle, avec les réserves qu'on suppose, (en tout cas sur un plan plus élevé et plus complexe), l'édification de la vie psychique de l'enfant. Cette réédification chez des sujets pourtant parvenus à l'apparente maturité est instructive : elle montre l'étendue des possibilités éducatives chez ce sujet *neuf* qu'est l'enfant.

Du point de vue extérieur, signalons :

a) En dehors de la réviviscence connue, des préoccupations religieuses, l'intérêt pris par beaucoup à des problèmes mystiques, plus ou moins théosophiques.

b) Surtout l'action personnelle de certains. Quelques-uns, en effet, se détachent. Leurs personnalités rayonnent, réalisant autant de pôles d'attraction. Autour d'eux se satisfont les besoins d'assouvissement intellectuel ou moral.

c) La formation de cercles d'études, académies, cours, conférences. Au succès de certaines d'entre elles, on peut juger de

l'ampleur des préoccupations d'ensemble : éducatives, psychosociales, familiales, morales.

d) Les lectures apportent leur concours à cette reconstruction individuelle, tant en soi que par les discussions qu'elles suscitent.

e) Les contacts et échanges auxquels prête l'extrême diversité des milieux.

DE CE QUI PRÉCÈDE RÉSULTENT des ruminations personnelles, des auto-examens plus ou moins publics ou du moins précisés dans les confidences en petit cercle. Certains éprouvent le besoin d'exprimer dans leurs notes ou leur correspondance la conscience qu'ils prennent de leurs torts passés. Des protestations d'amélioration, promesses pour l'avenir, extériorisent, dans leur naïveté parfois maladroite, un intense besoin de régénération, une exacerbation du sens naturel de « progressivité ». Le sujet a d'autant mieux le sentiment de se réaliser, que nulle contingence ne trouble ces aspirations. Les « moments féconds », multipliés par la conjoncture, sont aussitôt utilisés par l'individu, grâce aux interactions de groupes. Chacun est comme porté vers la progression par la conscience même qu'il progresse : expérience de signification majeure du point de vue de la réflexologie collective.

II. — Ces notions n'auraient qu'un intérêt documentaire si elles ne devaient pas trouver leur application :

SUR LE PLAN PSYCHOPATHOLOGIQUE. — Le seul internement — notion d'ailleurs naguère classique — apparaît (non seulement pour l'aliéné, mais encore pour l'anormal caractériel) comme une nécessité à la fois sociale et psychothérapique. « Les murs », a-t-on écrit, « sont un traitement ». L'expérience de la captivité éclaire cette notion et en montre la vérité. Cela vaut en particulier pour le « bourreau domestique ». Il suffit de suivre à l'asile l'évolution de ces individus pour se rendre compte qu'elle obéit aux mêmes lois générales que celles plus haut mentionnées. « J'ai compris. » C'est là une des phrases les plus couramment entendues au service d'alcooliques de Ville-Evrard, qui, nous l'avons montré (1), réalise en fait, surtout, un service d'anormaux caractériels. Peut-être, le fameux « serment d'ivrogne » vaudrait-il mieux que sa réputation, si nous connaissions le moyen de l'utiliser, d'en faire une réalité.

(1) DUBLINEAU (J.) et DUCHÊNE (A.). — *L'Encéphale*, janvier 1940.

Ce qui vaut pour l'asile vaut sans doute aussi pour les prisons, les internats d'enfants difficiles ou de mineurs délinquants. Certes, on peut objecter qu'il y a entre de tels sujets et le prisonnier la différence de l'anormal au normal. Le problème qui se pose pour des sujets normaux, — comptant même parmi eux des personnalités d'élite, — se pose dans d'autres termes chez l'aliéné. Mais l'objection ne vaut que si on laisse celui-ci effectuer lui-même, au hasard, sa régénération et si l'on n'établit pas les différences nécessaires. Ce que les hommes du camp font entre eux, grâce à quelques individus rayonnants, c'est le rôle du médecin de le faire à l'Asile. Quels que soient les facteurs qui s'y opposent, nous ne connaissons que trop nos insuffisances à ce point de vue. La difficulté d'ailleurs provient en partie des malades. Pour que l'action psychothérapique fût efficiente, il faudrait surprendre les moments où la conscience, en état d'effraction, est sensible à la psychothérapie. C'est affaire de psychologie, de réflexologie. Nous n'insistons pas, mais il convenait que le problème, à la lumière de ce qui précède, fût posé.

SUR LE PLAN SOCIAL, pour en revenir au prisonnier de guerre, on peut se demander quelle est la profondeur de sentiments nés « en vase clos ». Qu'en restera-t-il au contact de la vie retrouvée ? Même sans scepticisme, on peut soupçonner que les résolutions prises seront exposées à de rudes épreuves.

Notre connaissance de la psychopathologie devrait servir à prévoir les oscillations, hésitations, luttes angoissantes avec eux-mêmes, auxquels certains seront soumis dans la vie quotidienne. Un malade de M. Laignel-Lavastine n'a pas résisté à cette lutte (1). Prisonnier en 1940, libéré, il était rentré en se promettant de ne plus s'adonner aux perversions sexuelles qui lui étaient habituelles avant sa captivité. Ce fut en vain : il avait naguère perverti sa femme, dont les penchants, eux, ne s'étaient pas modifiés. Ne pourrait-on s'organiser pour prévenir de pareilles rechutes, entretenir les conditionnements réflexologiques, et maintenir, après l'effort, le bénéfice de l'effort ? Les offices de reclassement de prisonniers se doivent, à côté des problèmes matériels, d'envisager sous cet angle le problème psycho-social. Pour les aliénés, anormaux, délinquants, sortis de l'asile ou de la prison, on réclame à juste titre un service médico-social qui suive le sujet dans sa réadaptation. La confrontation du psychisme des prisonniers et des problèmes psychopathologiques

(1) *Ann. méd. psychol.*, janvier 1942.

n'est que l'application, sur un point précis, d'une méthode générale qui vise constamment à transposer, dans un mouvement réciproque, les données du normal et de l'anormal, pour le commun bénéfice des deux types de sujets. En conséquence, il serait, pensons-nous, de bonne prophylaxie mentale et sociale d'appliquer au reclassement des prisonniers rapatriés des techniques qui, chez des sujets psychologiquement moins favorisés, ont fait la preuve de leur utilité.

A propos d'un cas de paralysie générale sans signes physiques, par MM. W. AUBRUN et J. HEWITT.

Nous avons l'honneur de vous présenter une malade atteinte de paralysie générale. L'intérêt de son observation, recueillie dans le service de notre maître le D^r Barbé, à la Salpêtrière, réside dans l'absence des signes physiques classiques.

OBSERVATION DE MME BAR... — Voici une femme, âgée de 51 ans, qui dès l'abord ne se présente guère comme la classique paralytique générale. Essentiellement hostile et méfiante, elle prête une attention normale aux questions qu'on lui pose, et répond bien à l'interrogatoire. Au cours de celui-ci, son langage est correct, sans accroc de la parole. Elle est dans l'ensemble bien orientée, et, si elle ignore la date exacte, c'est, dit-elle, parce que cela ne l'intéresse pas. Cliniquement, c'est avant tout une délirante, et son délire comporte deux caractères particuliers : idées de persécution et idées de grandeur. Persécutée, elle l'est de toute évidence ; méfiante, toujours sur le qui-vive, plus ou moins réticente. Elle livre toutefois bientôt les éléments essentiels de son délire :

Elle a été placée à la Salpêtrière par des ennemis qui veulent se débarrasser d'elle. Ses ennemis se font passer pour ses parents afin de s'approprier ses biens. C'est une persécution continue, qui se fait par tous les moyens, moyens sur lesquels elle est d'ailleurs peu explicite. Elle nie, en effet, avoir des hallucinations, mais il est des périodes où elle est manifestement en proie à des troubles psycho-sensoriels intenses, hallucinations auditives auxquelles elle répond par des menaces violentes. Elle ne semble pas avoir d'autres hallucinations sensorielles ni cénesthésiques. Fait dominant, cette persécution lui paraît justifiée par la haute situation qu'elle occupe : quoiqu'elle avoue n'avoir pas gagné plus de 1.200 fr. par mois dans un grand magasin où elle était ouvrière, elle se croit propriétaire de tous les hôpitaux de Paris, de tous les grands magasins, et elle possède, dans une cachette de la Salpêtrière, des coffres remplis d'or et de richesses. Ses idées de

grandeur entraînent, en outre, un délire de filiation : elle se croit issue d'une famille noble, et ceux qui se font passer pour ses parents ne sont que des escrocs. On retrouve donc le délire mégalomane typique de la paralysie générale, incohérent, absurde, mobile et contradictoire. Mais, loin de la rendre euphorique, ses idées de grandeur ne sont que le point de départ de son délire de persécution qui, lui, est mieux systématisé mais pauvre.

Quant à son fond mental, si son attention, sa mémoire et ses associations d'idées paraissent à première vue peu altérées, il n'en existe pas moins un affaiblissement intellectuel profond avec perte complète de l'auto-critique.

Son affectivité est très altérée ; profondément indifférente à tout ce qui l'entoure, elle est au contraire, pour elle-même, d'une susceptibilité affective remarquable.

Enfin, son activité est en rapport direct avec l'intensité de son délire et de ses hallucinations, pouvant l'amener à une agitation désordonnée extrême avec violences de paroles et d'actes.

À l'examen neurologique, on trouve chez cette malade un minimum de signes physiques : il n'y a pas de tremblement des extrémités ni des muscles péri-buccaux ni de la langue. Corrélativement, il n'y a pas de troubles de l'écriture ni de troubles de la parole.

L'examen oculaire fait par le Dr Hudelo le 21 novembre 1940 et répété le 23 janvier 1941 et le 10 juillet 1941 montre que les réactions pupillaires sont absolument normales ainsi que l'acuité, la motilité et le fond d'œil.

Enfin, les réflexes tendineux sont à peine vifs aux quatre membres. Le reste de l'examen neurologique est absolument normal ; il en est de même de l'examen somatique.

Ainsi, c'est sur l'examen mental seul que le diagnostic de paralysie générale a été posé. Il a été confirmé par les examens biologiques. Le 19 février 1941, dans le sang : Wassermann, +++ ; Meinicke +++ ; dans le liquide céphalo-rachidien : Wassermann +++ ; albumine 0 gr. 58 (par néphélémétrie), 0 gr. 50 (Sicard) ; Pandy ++ ; Weichbrodt ++ ; benjoin 22222.22221.00000.0 ; lymphocytose 4,5 par mm³.

La malade a été mise au traitement par le stovarsol de novembre 1940 au 25 mai 1941. Ce traitement n'a amené aucune amélioration clinique. Par contre, les résultats biologiques sont assez bons. Wassermann ++ ; albumine 0 gr. 37 (par néphélémétrie), 0 gr. 30 (Sicard) ; Pandy ± ; Weichbrodt ± ; benjoin 01200.02100.00000.0 ; lymphocytose 0,8 par mm³.

Cette observation, à part ses quelques particularités au point de vue mental, nous a paru surtout mériter d'être signalée en raison de l'absence presque complète des signes physiques habi-

tuels. Ce fait, déjà décrit d'ailleurs par de nombreux auteurs, est d'une importance pratique certaine, puisqu'il peut faire méconnaître une paralysie générale en pleine évolution. C'est un argument de plus pour faire systématiquement les examens biologiques au cours de tout syndrome mental délirant ou démentiel.

Enfin l'absence de troubles pupillaires nous a permis d'étudier chez cette malade les modifications de l'hippus dont notre maître le D^r Barbé a montré l'intérêt pronostique dans les diverses maladies mentales. Chez elle, les oscillations se sont montrées retardées, peu nombreuses, petites et inégales, comme il est de règle dans les troubles mentaux passant à la chronicité.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — C'est une forme mentale de la paralysie générale comme on en observe dans les services de psychiatrie. Nous en avons une pareille, en ce moment, à la clinique. Ici, il y a tout de même un petit tremblement au cours de la parole.

M. BARBÉ. — Oui, mais seulement en société : c'est un tremblement par émotivité, plus que par lésions organiques. Ce n'est pas le vrai tremblement de la paralysie générale.

Un cas d'hérédo-syphilis nerveuse : paralysie générale infantile ou syphilis cérébrale diffuse, par MM. W. AUBRUN et J. HEWITT.

Nous avons l'honneur de vous présenter une enfant de douze ans, dont le père était paralytique général, et qui présente une arriération mentale profonde, des signes cliniques de syphilis nerveuse et un liquide céphalo-rachidien à formule dite paralytique. Cette observation recueillie dans le service de notre maître, le D^r Barbé, est intéressante à bien des points de vue.

OBSERVATION. — L'enfant Alb. Claude est née à terme le 26 mai 1929, fille unique de parents en apparence bien portants. Elle fait ses premiers pas à l'âge d'un an et présente un éveil intellectuel normal. Elle est seulement nerveuse, fait des colères fréquentes, mais elle a le comportement des enfants de son âge. Les premiers troubles apparaissent à l'âge de cinq ans : elle traîne la jambe gauche et quelques mois plus tard présente une paraplégie spasmodique.

Ce n'est qu'à cette époque que son père commence à présenter les troubles mentaux d'une paralysie générale typique qui révèle la syphilis, et qui suggère, en 1936, au D^r Sézary, de faire des prises de sang à l'enfant et à la mère ; elles sont toutes deux positives. Le père meurt dans un épisode délirant, en juin 1936.

L'enfant a sept ans et semble dès cette époque présenter un arrêt du développement intellectuel. Inattentive et dissipée, elle suit difficilement les classes d'un pensionnat pendant un an. Mais ce sont surtout ses troubles du caractère, ses colères violentes qui obligent sa mère à cesser toute tentative pédagogique. Elle la place enfin en 1939 dans le service de notre maître, le D^r Barbé, où son état n'a guère changé malgré les traitements entrepris.

À l'examen mental, elle offre une arriération considérable confinant à l'imbécillité. C'est une enfant habituellement calme, au faciès inexpressif, souriant sans raison aux questions qu'on lui pose. Son attention est rapidement fatiguée. Sa mémoire est très imparfaite : elle sait son âge, mais elle a oublié la date de sa naissance. Seuls, quelques souvenirs automatiques sont conservés : elle répète les jours de la semaine, sa prière quotidienne. Elle ne peut ni lire ni écrire et invente en cherchant à écrire des lettres inexistantes. Incapable de calculer, elle ne peut qu'énumérer dans l'ordre les vingt premiers chiffres, ne pouvant les redire à l'envers. Quant aux fonctions intellectuelles plus élevées, associations d'idées, jugement, elles sont d'une grande pauvreté. Pour objectiver cet examen, les tests de niveau mental Binet-Simon semblent nous montrer que cette enfant s'est cristallisée à l'âge mental de six ans. Il n'y a pas d'idées délirantes.

Outre cet affaiblissement global de l'intelligence, l'enfant a une affectivité très diminuée, indifférence profonde et euphorique, tant pour elle que pour sa mère et ce qui l'entoure.

Le caractère est généralement égal dans sa monotonie. Mais il est marqué de loin en loin par de brusques accès de colère avec violence de paroles, que rien ne permet de rattacher à l'épilepsie.

L'activité de la malade est très réduite. L'enfant reste le plus souvent immobile avec ses poupées auxquelles elle s'intéresse peu, incapable d'initiative. Sa passivité, sa suggestibilité sont habituelles, sauf dans ses accès de colère, qui, d'ailleurs, ne se traduisent pas en actes.

Signalons enfin qu'elle n'a aucune idée érotique, aucune perversion sexuelle.

L'examen neurologique révèle :

1) Une paraplégie spasmodique en extension qui réalise l'aspect typique de la maladie de Little et rend la marche presque impossible : contractures prédominant sur les extenseurs ; réflexes tendineux exagérés, polycinétiques et diffusés de façon symétrique aux deux membres inférieurs ; clonus du pied et de la rotule ; signe de Babinski

bilatéral ; fait particulier, les réflexes cutanés abdominaux sont très vifs. Il n'y a ni troubles de la sensibilité ni troubles trophiques ; quelques mictions involontaires. Il s'y associe, comme il est habituel, une hyperréflexivité tendineuse symétrique aux deux membres supérieurs. La nature encéphalopathique de cette paraplégie nous paraît très probable, car elle présente tous les caractères du syndrome de Little, avec une seule particularité : son début à l'âge de cinq ans.

2) L'examen oculaire apporte la preuve formelle de la syphilis nerveuse. Le 16 janvier 1939, le Dr Joseph constate : pupilles égales, ne se contractant ni à la lumière ni à l'accommodation (il y a donc plus qu'un signe d'Argyll-Robertson) ; motilité normale ; fond d'œil : papilles à bords nets, assez pâles (également des deux côtés).

Les autres paires craniennes sont indemnes. Il n'y a pas de tremblement, pas de mouvements anormaux, aucun trouble de la parole, pas de troubles cérébelleux.

L'examen somatique montre des stigmates ostéodentaires d'hérédosyphilis, incisives supérieures petites et striées, voûte palatine ogivale. Ce sont les seuls troubles somatiques qu'elle présente ; il n'existe pas d'hydrocéphalie manifeste. Il n'y a pas non plus les troubles endocriniens également décrits dans la paralysie générale infantile : les règles sont normales, apparues à l'âge de dix ans. Une légère adiposité ne représente qu'un caractère familial du côté maternel. Signations enfin une importante cyphoscoliose ; d'autre part, des déformations hipocratiques des doigts n'ont été notées qu'à la suite d'une pleurésie gauche traînante apparue en juillet 1940.

Les examens biologiques font la preuve d'une syphilis évolutive. Dans le sang, le Wassermann est resté constamment très positif depuis le premier examen fait en 1937. Dans le liquide céphalo-rachidien, le premier examen fait le 3 novembre 1938 à la Pitié donnait : Wassermann +++ ; albumine 0 gr. 55 ; Pandey + ; Weichbrodt + ; 22,2 leucocytes (lymphocytes, quelques polynucléaires). Et, malgré les divers traitements institués, le dernier examen, fait le 25 juin 1940 (Dr Demanche), montrait : Wassermann +++ ; Takata-Ara + ; albumine 0 gr. 30 (Sicard) ; Pandey + ; Weichbrodt + ; benjoin 22210.02210.00000.0 ; lymphocytes 8,2 par mm³. Nous avons également, grâce à l'amabilité du Dr Demanche, recherché les réactions de la syphilis dans d'autres humeurs ; elles ont été : positives dans le liquide d'une pleurésie où l'on a cependant trouvé des germes Gram + qui semblent avoir été des pneumocoques ; négatives dans le sang des règles et dans les larmes. Nous n'avons pas pu les rechercher dans la bile, le tubage ayant été impossible chez cet enfant.

Au point de vue thérapeutique, l'enfant a été soumise à divers traitements : en 1936, plusieurs séries de sulfarsénobenzol ; en 1937-1938, plusieurs séries de traitement novarséno-bismuthique mixte conjugué ; de janvier à mars 1939, un traitement bismuthique seul.

L'examen du fond d'œil ayant contre-indiqué l'emploi du stovarsol, on a fait en juillet 1939 une impaludation qui n'a donné que quatre accès à 40°5, après lesquels la courbe s'amortit spontanément.

Les résultats cliniques de ces divers traitements ont été absolument nuls. L'état est resté inchangé. Au point de vue biologique, une très faible amélioration s'est fait sentir, donnant le 1^{er} novembre 1939 : Wassermann +++ ; albumine 0 gr. 25 (Sicard) ; Pandy + ; Veichbrodt + ; benjoin 22210.12210.00000.0 ; lymphocytes 1,9 par mm³ ; amélioration qui ne s'est pas maintenue. Le 25 juin 1940, l'examen donnait : Wassermann +++ ; Takata-Ara + ; albumine 0 gr. 36 (Sicard) ; Pandy + ; Weichbrodt + ; benjoin 22210.02210.00000.0 ; lymphocytes 8,2 par mm³.

En résumé, il s'agit d'une fillette hérédo-syphilitique, fille de paralytique général, qui, normale jusqu'à l'âge de cinq ans, a présenté alors une paraplégie spasmodique, puis, à l'âge de sept ans, une involution psychique qui la fixe dans un état d'imbécillité. Le liquide céphalo-rachidien offre une formule paralytique. Cet état, tant clinique que biologique, n'a été en rien modifié par les traitements spécifiques et l'impaludation.

Cette observation nous paraît intéressante en bien des points.

Au point de vue étiologique, il est d'abord un fait indiscutable chez cette malade, c'est l'hérédo-spécificité. Mais il y a plus : c'est un cas d'hérédité similaire, venant s'ajouter aux quelques cas que l'on relève dans la littérature.

Un deuxième point, qui peut soulever une discussion, est l'étiquette diagnostique à donner à cette malade. Le premier diagnostic qui aurait pu être envisagé si l'étiologie n'était pas aussi nette est l'imbécillité idiopathique. Si ce problème ne se pose pas dans le cas présent, il n'en est pas moins relativement fréquent, tels les cas de Schiff, de Schiff et Courtois, de Marchand, Longuet et Anglade, de A. Marie. L'association de cette arriération mentale à une paraplégie simulant le syndrome de Little d'une encéphalopathie congénitale est elle-même signalée par Laignel-Lavastine et Heuyer, Dupouy et Courtois, Toulouse, Courtois et Mareschal, et tous ces auteurs ont déjà insisté sur la difficulté du diagnostic en pareil cas, en l'absence d'anamnèse. C'est assez dire, dans tous les cas de ce genre, l'intérêt des investigations biologiques.

Ainsi, la syphilis héréditaire étant prouvée chez notre malade, un dernier problème diagnostique se pose encore : est-ce une paralysie générale infantile ou une syphilis cérébrale diffuse ? diagnostic déjà bien difficile chez l'adulte, mais beaucoup plus

délicat chez l'enfant, dont la paralysie générale est beaucoup plus pauvre en symptômes. Si, en principe, la légèreté des troubles mentaux et les signes nerveux de localisation devraient plaider chez cette enfant en faveur de la syphilis cérébrale, ce ne sont en réalité que des arguments assez faibles, car : 1° nombreux sont les cas de paralysie générale infantile évoluant sous le masque d'une simple arriération mentale, c'est même le cas le plus fréquent ; 2° les formes avec paraplégie spasmodique déjà signalées et d'autres avec hémiplégie ne sont pas exceptionnelles ; 3° l'absence de signes somatiques ne suffit pas à infirmer ce diagnostic ; 4° sur le plan biologique notre malade présente un liquide très profondément altéré ; 5° enfin le meilleur argument en faveur de la paralysie générale est la résistance au traitement spécifique banal qui a été institué en premier. Il est vrai qu'à l'inverse l'évolution de notre malade est bien immobile, et ne présente pas la progressivité classique. Mais, d'une part, les traitements auxquels on l'a soumise ont peut-être fixé l'évolution. D'autre part, nous croyons plutôt qu'il s'agit là d'une évolution spontanément stabilisée au stade d'imbécillité, comme quelques cas ont été cités dans la paralysie générale infantile.

Ce problème nous amène ainsi à porter une sérieuse réserve pronostique pour cette malade : il se peut qu'on assiste, dans un temps plus ou moins lointain, à une reprise évolutive du processus aggravant la démence, comme dans les cas d'évolution en deux temps signalés par Schiff et Courtois, A. Marie et H. Ey, Dupouy et Courtois.

Indépendamment du problème diagnostique, notre observation apporte des résultats biologiques qui ont été très rarement recherchés : les réactions de la syphilis, positives comme c'est habituel dans le liquide de pleurésie, sont négatives dans le sang des règles et dans les larmes, recherches qui, à notre connaissance, n'ont jamais été faites.

Enfin, au point de vue thérapeutique, nous retrouvons chez cette malade la résistance au traitement spécifique banal, maintenant classique dans la paralysie générale infantile. Quant à l'impaludation, il est difficile de juger de son effet après quatre accès seulement. Nous regrettons de n'avoir pu, par crainte d'atrophie optique, soumettre cette malade au stovarsol. C'est donc sur une note pessimiste que nous devons terminer, tant pour le pronostic particulier de cette malade que pour le pronostic général de la paralysie générale infantile.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ROGER et PAILLAS. — La tabo-paralyse infanto-juvénile. *L'Encéphale*, déc. 1936, p. 305.
- SCHIFF. — Paralyse générale juvénile. Héritéité similaire. *Soc. clin. de médecine mentale*, 16 févr. 1925.
- SCHIFF et COURTOIS. — Paralyse générale héréditaire. Evolution en deux temps. *Soc. de psychiatrie*, 16 fév. 1928.
- MARCHAND, LONGUET et ANGLADE. — Paralyse générale infantile. Hémiplégie gauche avec contracture en flexion. *Soc. médico-psychologique*, 11 fév. 1937.
- LAIGNEL-LAVASTINE et HEUYER. — Paralyse générale juvénile et syndrome endocrinien. *Soc. de psychiatrie*, 15 juillet 1920.
- DUPOUY et COURTOIS. — Imbécillité par hérédo-syphilis ; évolution démentielle ; syndrome humoral paralytique. *Soc. médico-psychologique*, 9 juil. 1931.
- TOULOUSE, COURTOIS et MARESCAL. — Paralyse générale infantile simulant l'imbécillité avec syndrome de Little. *Soc. médico-psychologique*, 14 avril 1932.
- A. MARIE et H. EY. — Hérédo-syphilis et paralyse générale. *Soc. clin. de médecine mentale*, 20 janv. 1930.

M. BARBÉ. — Il est intéressant de relever l'opposition entre les réactions positives du sang et du liquide céphalo-rachidien, et les réactions négatives du sang menstruel, des larmes, des urines.

M. HEWITT. — M. Demanche, qui a bien voulu se charger de ces examens, explique la négativité du sang des règles par le fait que celui-ci est défibriné et ne coagule pas.

M. MARCHAND. — Cette enfant présente une contracture faciale gauche. Il s'agit donc bien d'une encéphalopathie.

M. BEAUDOUIN. — Y a-t-il d'autres enfants dans cette famille ? Celle-ci était-elle vraiment normale avant l'âge de 5 ans ?

M. BARBÉ. — Fille unique, elle a été vue par M. Sézary avant de tomber malade. Dans les cas de ce genre, la limite est difficile à préciser entre la paralyse générale et la syphilis nerveuse, ce qui confirme les remarques antérieures de M. Guiraud.

M. GUIRAUD. — Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions de la paralyse générale (méningo-encéphalite diffuse) sont beaucoup plus fréquentes que celles de la syphilis nerveuse diffuse.

M. MARCHAND. — Qu'entendez-vous par syphilis nerveuse diffuse ?

M. BARBÉ. — Celle qui donne des accidents de méningite syphilitique avec les points de localisation.

M. MARCHAND. — Dans ces conditions, il n'y a que des formes intermédiaires entre syphilis nerveuse et paralysie générale. Le diagnostic différentiel entre les deux n'est qu'une question de convention. En l'espèce, je crois que ce cas n'est pas encore fixé. J'ai eu l'occasion d'observer un petit jeune homme de ce genre, que j'avais traité ; il avait pu quitter l'asile, mais il ne tarda pas à retomber.

M. BARBÉ. — J'ai vu des cas analogues : quand la rechute se produit, elle se fait dans le sens de la paralysie générale.

M. CARRETTE. — Il semble résulter de tout cela que les syndromes atypiques sont en somme de règle chez les enfants.

M. DUBLINEAU. — Les mauvais résultats de la malariathérapie dans les formes de l'enfant sont un fait aujourd'hui classique.

M. GUIRAUD. — Pour ce qui est de la malaria, j'ai peu d'expérience de ce qu'elle donne dans les formes infantiles. Par contre, je dois noter qu'elle donne très peu de résultats satisfaisants dans les formes juvéniles.

M. BRISSOT. — C'est un fait que le diagnostic de paralysie générale est très difficile chez l'enfant. J'ai vu, il y a quelques jours, un enfant entré avec un syndrome de Little dont le liquide céphalo-rachidien donnait une formule de paralysie générale. Le cas qui nous est présenté répond à ce que j'ai appelé avec Devallet : *forme massive* de la paralysie générale infantile ; elle est liée à l'hérédo-syphilis ; le traitement n'y donne aucun résultat.

Comment expliquer l'inefficacité totale du stovarsol ? Ces enfants meurent tous avec des crises épileptiformes ou par cachexie. Dans le cerveau, on trouve des lésions en pleine évolution, comme si l'enfant n'avait jamais été traité. M. Marchand a d'ailleurs constaté, lui aussi, des faits de ce genre.

M. MARCHAND. — Dans les formes de paralysie générale infantile telles que celle qui nous est présentée, on note à l'examen histopathologique une prédominance des lésions scléreuses névrogliques sur les lésions inflammatoires méningo-vasculaires. Il est curieux de noter que cette sclérose névroglique présente tous les caractères d'un processus évolutif actif.

Réactions à la tuberculine au cours de diverses psychoses primitives, par M. Maurice HYVERT.

La thérapeutique psychiatrique tire un très grand bénéfice des recherches étiologiques. Lorsque celles-ci aboutissent à des renseignements précis, un traitement adéquat amène très souvent des guérisons stables et l'on sait que, sans traitement étiologique, la thérapeutique convulsivante reste la plupart du temps imparfaite et incertaine (1).

Cependant, dans un nombre important de psychoses primitives, seul l'empirisme nous apporte quelques faits utilisables. Par exemple, les psychoses que l'on peut qualifier de subfébriles (2), en raison du petit dérèglement thermique que l'on observe dans les premiers mois de leur évolution, sont améliorées de façon durable par une chrysothérapie faible et persévérante. Les sels d'or associés à la thérapeutique convulsivante (3) apparaissent dans ces états d'une efficacité constante. Mais si les succès sont instructifs, le phénomène suivant l'est plus encore. Sous l'influence de l'injection d'un sel d'or, même en solution huileuse, on voit, chez certains malades, se produire une élévation thermique, tandis que l'on observe dans le domaine psychique soit une aggravation nette des symptômes, soit l'apparition de symptômes nouveaux tels qu'anxiété, confusion, agitation, qui traduisent une évolution plus aiguë. Ce phénomène dure quelques heures ou quelques jours et peut se reproduire aux injections suivantes. L'impression qui en résulte est celle d'une réaction focale. Ces réactions focales et les succès thérapeutiques nous encouragent donc à envisager l'existence de psychoses particulièrement sensibles à l'action des sels d'or.

Les remarquables travaux d'André Jacquelin (4) sur les tuberculoses atypiques vont nous permettre d'aller plus avant dans cette direction. Pour Jacquelin il existe des états tuberculeux, qui sont relativement bénins, quant à leur retentissement général, et qui se manifestent par des affections variées : pneumopathies aiguës, rhino-trachéo-bronchites, asthmes, rhumatismes,

(1) M. HYVERT. — Rôle fonctionnel de la thérapeutique convulsivante par le cardiazol. Nécessité d'un traitement étiologique. *Presse médicale*, n° 89-90, 15-18 octobre 1941.

(2) M. HYVERT. — Psychoses subfébriles. *Annales médico-psychologiques*, n° 5, mai 1940.

(3) M. HYVERT. — Sels d'or et cardiazol. *Annales médico-psychologiques*, n° 5, mai 1939.

(4) André JACQUELIN. — *Les Tuberculoses atypiques*, Masson, 1939.

syndromes dysendocrinien, syndromes hépato-digestifs, troubles circulatoires périphériques et même syndromes neuro-psychiques. Dans tous ces troubles, l'état tuberculeux peut apparaître sous formes de lésions connues, pulmonaires ou autres, mais il est plus habituellement totalement ignoré et seuls les tests permettent de le mettre en évidence.

Il est impossible de donner un aperçu même succinct des arguments qui ont permis l'édification de cette théorie, qui repose sur des faits nombreux et minutieusement étudiés. Parmi ceux-ci, deux doivent immédiatement retenir notre attention. C'est tout d'abord, au point de vue diagnostique, une épreuve à l'aide de la tuberculine, qui permet de mettre en évidence la relation qui existe entre le trouble observé et une infection tuberculeuse larvée. C'est ensuite, au point de vue thérapeutique, l'action très favorable, dans ces tuberculoses atypiques, des sels d'or et de la tuberculine, dont l'emploi est très discuté dans les formes habituelles de l'infection.

« Le « tuberkulin-test » est le moyen de diagnostic le plus « probant dont nous disposons pour établir la nature tuberculeuse d'un syndrome atypique, sous la réserve de le rechercher « correctement » (1). On conçoit donc l'intérêt qu'il peut y avoir à le pratiquer chez des malades que l'on sait déjà capables de réactions focales aux sels d'or et susceptibles d'être favorablement influencés par la chrysothérapie.

Aussi a-t-il été recherché chez 31 malades déjà trop anciens pour que l'on ait pu constater l'état subfébrile mais indemnes de toute lésion tuberculeuse. Les résultats positifs ont été surprenants par leur nombre et par leur intensité. Ce n'est pas en effet sans étonnement que l'on a constaté que 22 malades sur 31 ont présenté une réaction focale nette, et souvent très forte.

I. PRATIQUE DE L'ÉPREUVE A LA TUBERCULINE. — Nous avons suivi la technique de Jacquelin en l'adaptant aux circonstances locales. Le produit employé a été la tuberculine brute de l'Institut Pasteur, délayée au moment de l'emploi avec du sérum physiologique contenant 0 gr. 50 0/0 d'acide phénique. Les malades ont reçu un demi-milligramme de tuberculine le premier jour, trois jours après un milligramme, et, en l'absence de réaction, trois jours plus tard, cinq milligrammes. La température a été notée quatre fois par jour.

Les réactions provoquées sont de trois ordres : locales, géné-

(1) André JACQUELIN. — *Loc. cit.*, p. 281.

rales et surtout focales. Les réactions locales et générales indiquent qu'il y a infection tuberculeuse susceptible de jouer un rôle dans les troubles pathologiques étudiés. La réaction focale démontre la relation de cause à effet entre l'infection tuberculeuse et ces troubles.

II. RÉSULTATS. — Ainsi que nous l'avons dit plus haut 22 malades ont présenté une réaction focale c'est-à-dire ont donné une réponse nettement positive. Parmi les 9 réactions négatives, 6 ont eu néanmoins des réactions locale et générale nettes, traduisant une hyperallergie. Sur les 31 malades observés, 3 seulement n'ont réagi qu'au point de vue local et très faiblement, ce qu'on peut interpréter comme une réponse négative.

La nature des réactions appelle les remarques suivantes :

1° Parmi les réactions locales, nous trouvons 13 fortes, 10 moyennes et 8 faibles. Les réactions appelées moyennes et fortes ont été anormalement intenses. Les moyennes ont été caractérisées par un placard érythémateux avec une tuméfaction plus ou moins accentuée de la grandeur d'une paume de main. Dans les réactions fortes les érythèmes étaient plus étendus et pouvaient atteindre la surface externe de la cuisse. Chez la plupart des malades ces réactions ont été progressives et sous la dépendance de la dose de tuberculine. Cependant pour quelques-uns une réaction s'est produite à la première injection et pas aux suivantes.

2° Les réactions générales, caractérisées par une élévation thermique, ont donné 6 fortes avec 39°, 40° et plus, 10 moyennes de 38° à 39°, 6 faibles de 37°5 à 38° et 9 négatives. Les réactions thermiques ont été sous la dépendance de la dose de tuberculine. Elles se sont produites le lendemain ou le surlendemain de l'injection et n'ont duré que quelques heures.

3° Les réactions focales, de beaucoup les plus intéressantes, ont fourni les chiffres suivants : 9 fortes, 9 moyennes, 4 faibles, 9 négatives. Pour ces dernières, il convient de noter qu'elles ne vont pas obligatoirement avec des réactions négatives locales ou générales. Parmi les 22 réactions positives 10 ont consisté dans une exacerbation des symptômes existants et 12 dans l'apparition de symptômes nouveaux : confusion, agitation, anxiété. Toutes ces réactions ont contrasté d'une manière absolument nette avec l'état antérieur du malade. Elles ont suivi une des injections, parfois la première, parfois seulement la troisième. Leur durée a été de quelques heures à quelques jours. Pour tous les malades tout était rentré dans l'ordre après une semaine.

D'après les observations il est impossible de ne pas rattacher les troubles observés à l'injection de tuberculine. Les cas particulièrement intéressants sont ceux où une dose d'un milligramme a provoqué une aggravation du syndrome clinique et où une dose de cinq milligrammes a entraîné un état confusionnel absolument nouveau dans l'évolution morbide.

Il s'agit de psychoses diverses. En effet, l'épreuve a été faite sur un lot de malades variés, ayant passé pour la plupart par les asiles de la Seine, c'est-à-dire ayant été longuement observés à plusieurs reprises. Afin de faciliter la présentation des résultats ils ont été classés en rubriques largement compréhensives. Le groupe des déments précoces comprend des schizophrènes, des hébéphréniques et des catatoniques. Celui des psychoses paranoïdes contient surtout des délires hallucinatoires mal systématisés, ou bien dissociés, ou encore à réactions dépressives. Les résultats sont les suivants :

1° Démences précoces : 13 malades avec 9 réactions positives et 4 réactions négatives.

2° Psychoses paranoïdes : 11 malades avec 10 réactions positives et une réaction négative.

3° Bouffées délirantes : trois malades avec deux réactions positives et une réaction négative.

4° Etats dépressifs : deux malades avec deux réactions négatives.

5° Confusion chronique : une malade avec réaction négative.

6° Manie aiguë : une malade avec réaction positive.

Pour l'instant il n'est guère possible de faire autre chose que d'enregistrer ces faits. Quelle que soit l'interprétation qu'on en donne, ils présentent un intérêt considérable. L'aggravation passagère de troubles mentaux sous l'influence d'injections de tuberculine est une notion qu'il est difficile de tenir pour négligeable.

Si l'on admet l'interprétation de Jacquelin et qu'on fasse entrer les cas observés dans le groupe des tuberculoses atypiques, des conséquences thérapeutiques s'imposent immédiatement et l'on doit attendre de grands services de la chrysothérapie et de la tuberculinothérapie. Nous savons déjà quel bénéfice on peut tirer de l'action des sels d'or, dont les indications se trouvent ainsi très largement étendues.

Il nous reste donc maintenant à faire l'épreuve du traitement tuberculinique.

Mode hallucinatoire particulier d'un délirant chronique,
par MM. G. DAUMÉZON et L. CASSAN.

OBSERVATION. — M. Arm., 60 ans, compte un frère à Saint-Maurice, une cousine germaine à Bonneval. Il fut soigné en 1936-1937 pour un état dépressif. Il avait présenté quelques désordres en 1924 (quérulance). Au sortir de l'Asile, en 1937, surgirent de graves difficultés professionnelles et la Coopérative de charbons dont il était le gérant le mit à la retraite de façon anticipée. D'où une série de réactions d'abord revendicatrices qui prirent un aspect beaucoup plus délirant depuis que M..., par le « sifflet » et l'« espéranto », reçut des informations touchant l'inconduite de sa femme, les intrigues des administrateurs, la mise en scène qui consista à organiser en 1939 une pseudo-mobilisation et, depuis 1940, une prétendue occupation par les Allemands. Les convictions délirantes sont formulées dans un langage elliptique et subjectif ; le chiffre élevé des dommages et intérêts réclamés (1.500.000 fr.) annonce des thèmes mégalomaniques qui achèvent de nous autoriser à qualifier la maladie : psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie systématique, etc... (peut-être délire chronique de Magnan), ou toute autre étiquette équivalente.

Ce qui nous importe, ce sont les sources d'information pathologique de notre sujet. Citons de ses phrases : « Vous entendez bien le sifflet ? (sirène d'appel de l'Asile), au début je ne comprenais pas, mais maintenant, je sais ce qu'il dit !!! — Ici, on me provoque par les pieds : C'est l'espéranto : en marchant, le bruit signifie des choses. — J'ai appris que ma femme m'avait trompé en entendant le sécateur du jardinier qui taillait les rosiers. » Telles sont les formules habituelles. En les entendant, tout d'abord, nous avons cru pouvoir reconnaître *des hallucinations périphériques* des anciens auteurs (les voix se font entendre à travers le bruit de la pendule, ou celui de l'eau qui coule du robinet), mais cette analogie n'est que superficielle.

« Le sifflet, c'est comme une transmission de pensée, avec cela on me fait penser à des choses..., par le sifflet on vous ramène tout ! », et ces nouvelles précisions nous font rectifier le diagnostic : sans doute ne s'agit-il pas d'hallucinations périphériques, mais d'*hallucinations psychiques* à l'occasion de bruits divers. Mais le malade nous dé trompe encore et nous plonge dans la perplexité :

« Marchez, je vous dirai ce que vous m'avez dit. » Le médecin s'exécute : « Vous m'avez dit : Le D^r M. veut que vous retourniez au chantier ! (grossièrement, à chaque pas, correspond une syllabe : le-D^r-M.-veut-que vous-retour-niez-au-chantier). « Mais, dis-je, avez-vous entendu cela ? — Oh non ! c'est votre pas qui m'a fait penser à ça ! — Etiez-vous forcé d'y penser ? — Oh non ! c'est comme une langue étrangère qu'il faut traduire et que maintenant je sais traduire. » Parlant du sécateur, M... nous dit : « Il faut être malade pour en être

arrivé là ! A chaque coup ça me faisait comme traduire une chose. » Ces jours derniers, nous entreprenons à nouveau le sujet de l'espéranto : « Oui, je comprends et je m'en sers comme vous ! » A notre demande, M... nous « parle », c'est-à-dire qu'il marche en frappant du pied pour une syllabe forte. « Je pense des choses et je marche, évidemment, vous comprenez comme je comprends quand vous marchez devant moi. »

En vain essaie-t-on de faire dire au malade s'il comprend chaque mot à mesure ou s'il n'a que finalement la perception de la phrase entière. En fait, divers essais de rythmes un peu interrompus prouvent que l'identification n'apparaît qu'à *posteriori* après calcul approximatif du nombre de pas. Entre une certaine rapidité et une certaine lenteur, la vitesse des pas est à peu près indifférente, de même pour le rythme.

Les messages reçus par « espéranto » ou par « sifflet » consistent en des rappels plus ou moins importuns sur un mode ironique de souvenirs anciens, parfois en des encouragements sous forme de commentaire des espoirs caressés. On trouve, comme dans le plus banal des syndromes dits d'automatisme mental, des échos et des commentaires de la pensée, des actes, de la lecture, etc... En somme, l'espéranto c'est le rythme que les pas imposent au mentisme. Tout ce que M. Janet a dit de l'objectivation sociale intentionnelle du langage intérieur chez les délirants chroniques s'adapte à notre malade dans la mesure où ces considérations rendent compte de l'aspect que prend le phénomène pour l'observateur plutôt que du mécanisme intime de ce phénomène.

Du point de vue formel étroit, la qualification séméiologique de ces faits est impossible : peut-on concevoir que l'hallucination classique soit exposée par le patient comme la « traduction » par lui-même d'un ensemble de phénomènes extérieurs parfaitement objectifs ? — peut-on mieux soutenir qu'il s'agit d'une interprétation alors que la matière du fait perçu est aussi peu utilisée, que le sujet décrit un mécanisme de reconnaissance d'où toute opération syllogistique est éliminée ? — pas davantage on ne peut prononcer le terme d'illusion, lorsque l'erreur prend le caractère systématique, renouvelable à volonté, que nous avons constaté.

Si le classement botanique des phénomènes observés nous paraît impossible, un rapprochement avec les hallucinations s'impose cependant : outre le contexte clinique qui nous oblige à parler de psychose hallucinatoire chronique, la nature phénoménologique des troubles est très peu différente de celle des désordres ressentis par le plus grand nombre des hallucinés : la différence réside seulement dans le fait que les uns se font parler

leur langage intérieur par leurs voix, M... se le fait évoquer rythmiquement par les pas de l'entourage.

Tous les vieux auteurs, avec Magnan, ont insisté sur les formes anormales que prennent les troubles psychosensoriels des délirants chroniques arrivés à un certain stade d'évolution ; les modalités les plus inattendues d'hallucinations psychomotrices, psychiques etc., viennent à cette période supplanter les hallucinations auditives qui furent primitives. Nous n'aurions pas cru devoir nous appesantir sur les troubles de notre malade s'ils entraient dans cette catégorie. Mais bien au contraire, ici, « le sifflet », « l'espéranto » sont les premières modalités hallucinatoires en date et leur évolution suit le schéma habituel, d'abord faits isolés brefs (phrases très courtes), puis phrases plus longues, le mode hallucinatoire que nous décrivons a tenu exactement la place des hallucinations habituelles.

Nous croyons que le hasard n'est pas seul responsable du fait que nous retrouvons chez M... à la fois une méconnaissance systématique (celle de la guerre) et un trouble hallucinatoire qui, vu sous un certain angle, apparaît lui aussi comme un désordre de la reconnaissance lié au système plus large de l'information délirante.

Il paraît utile de rapprocher et de différencier l'effort d'attention (de traduction dit M...) de l'effort parallèle de compréhension que décrivent certains médiums, mais ces derniers disent s'abandonner alors que M... assure se concentrer ; le médium s'annihile, M... tend toute sa personnalité consciente vers l'effort d'une compréhension. N'est-ce pas finalement le délirant qui est plus proche de la vérité en étant le plus sincère ?

Si exceptionnel que soit le fait que nous rapportons, son importance nous paraît se résumer en deux phrases :

a) un trouble de l'information délirante qui ne paraît, dans sa forme, réductible ni à une hallucination ni à une interprétation, joue dans la psychopathologie, la psychogenèse et l'évolution d'un délire chronique, exactement le rôle habituellement imparti à l'hallucination ;

b) la structure intime de ce phénomène ne paraît que très laborieusement compatible avec une explication mécaniciste.

La séance est levée à 17 heures 15.

Les secrétaires des séances,
Paul CARRETTE et Jean DUBLINEAU.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 février 1942

Présidence : M. PASTEUR VALLERY-RADOT, président

Amyotrophie du type Charcot-Marie ; coexistence de malformations, par MM. HEUYER, HUREZ et FELD.

Présentation d'une fillette de 10 ans atteinte depuis sa naissance : 1° d'un syndrome neurologique caractérisé par une atrophie musculaire distale des membres inférieurs ayant la topographie de l'amyotrophie Charcot-Marie, avec vivacité des réflexes et signes d'incoordination cérébelleuse aux quatre membres ; 2° d'une arriération psychique grave avec troubles affectifs à forme d'excitation euphorique ; 3° de troubles de la parole ; 4° de spina bifida sacrée avec adhérences lepto-méningées révélées par le lipiodol ; 5° d'une maladie de Roger. Ce syndrome neurologique et viscéral complexe, d'ordre tératologique, a une étiologie indéterminée.

M. Baudouin fait remarquer que l'exagération des réflexes n'appartient pas à la véritable atrophie Charcot-Marie.

Crises de vaso-dilatation hémicéphalique, par MM. PASTEUR VALLERY-RADOT et J. SERANE.

Observation d'un malade présentant des crises sympathiques cervicales avec vaso-dilatation de l'hémiface, habituellement à gauche, rarement à droite, exceptionnellement des deux côtés. La vaso-dilatation cutanée s'accompagne de vaso-dilatation des muqueuses conjonctivale, pituitaire, et des sinus frontal et maxillaire du même côté, ainsi que d'une hyperémie méningée et d'une hémicéphalie particulièrement vive. L'injection d'un vaso-cons-

tricteur comme l'adrénaline et surtout l'attouchement des filets sympathiques de la pituitaire avec du liquide de Bonain ont eu une action sédative sur les crises.

Les auteurs rapprochent ce cas de deux autres déjà rapportés par l'un d'eux.

M. Tournay signale que, dans les syndromes sympathiques unilatéraux, il existe parfois une asymétrie dans la redilatation des pupilles après obscuration.

M. Barré se demande si le sympathique cervical est tout entier en cause, ou si ce sont seulement les fibres sympathiques accompagnant le trijumeau.

M. André-Thomas ne pense pas que l'on puisse parler d'un syndrome d'excitation du sympathique, car on note à la fois des troubles sudoraux (troubles d'excitation) et de l'hyperémie (troubles paralytiques).

Membre fantôme consécutif à un tuberculome cérébral, par MM. LHERMITTE, RISER et GAYRAL.

Les auteurs rapportent l'observation d'une tuberculeuse pulmonaire traitée par le pneumothorax, qui présenta des crises jacksoniennes à début brachial gauche. Le gardénal supprima les crises, mais la malade, à certains moments, avait l'impression que le bras gauche s'allongeait au point que ses doigts touchaient le mur de la pièce, pourtant très éloigné; cette sensation durait 1 minute environ et ne s'accompagnait d'aucun trouble de la conscience.

A l'autopsie, on trouva un tuberculome de la grosseur d'une noix, siégeant sur le pied d'insertion F_1 sur F_a , exactement en avant des centres corticaux du membre supérieur.

Deux nouveaux cas de membres fantômes dans des sections totales de la moelle dorsale, par MM. LHERMITTE et SIGWALD.

MM. Lhermitte et Sigwald rapportent l'observation d'un sujet ayant une fracture du rachis avec paraplégie flasque et anesthésie totale jusqu'en D_6 , qui se plaignait de sentir ses jambes dans une attitude pénible de flexion, alors que ses membres étaient allongés.

Un autre malade présentait une paraplégie flasque avec anesthésie totale jusqu'en D_{11} , en rapport avec une destruction traumatique complète de la moelle dorsale sur trois segments: dès les premiers jours, il avait eu l'impression que ses jambes étaient très grosses et que par moments elles s'allongeaient ou se raccourcissaient; plus tard, il eut des sensations pénibles de crampes, avec un sentiment très vif de la forme et du volume des membres paralysés. Jamais il ne présenta le moindre signe de restauration de la sensibilité ou de la motricité.

L'hyperpathie et les modifications des réflexes superficiels et profonds consécutives à la myélite zostérienne, par M. LHERMITTE et M^{me} BUSSIÈRE DE ROBERT.

Dans un cas de zona intéressant les 4^e et 5^e métamères thoraciques, les auteurs ont observé une sensibilité excessive de tout l'hémithorax et de la moitié du cou correspondant au côté de l'éruption. Toutes les excitations

eutanées entraînaient des sensations douloureuses comme dans les lésions thalamiques ; d'autre part, elles s'accompagnaient de l'extension de l'orteil du même côté, bien que l'excitation plantaire déterminât une flexion franche de l'orteil. Ces phénomènes montrent la réalité de l'extension des lésions zostériennes à l'hémi-moelle homolatérale, lésions qui sont très fréquentes.

Diabète insipide post-traumatique ; cessation subite de la soif au cours de l'ouverture d'un kyste arachnoïdien de la base, par MM. KOURILSKY, M. DAVID, J. SICARN et GALEY.

Observation d'une jeune fille atteinte, après un traumatisme crânien violent, d'un diabète insipide avec troubles du champ visuel, anosmie et céphalée persistante. Le diagnostic d'arachnoïdite opto-chiasmatique fut confirmé par l'intervention qui montra un kyste arachnoïdien de la base. Aussitôt après l'incision de ce kyste, la malade cessa subitement d'avoir soif et la polyurie disparut dans les heures suivantes ; l'absence de soif fit place pendant les jours suivants à un véritable dégoût des boissons. Depuis 2 mois, la guérison du diabète insipide est complète.

Cette observation, très rare, confirme celles inverses dans lesquelles la soif apparut au cours d'interventions ; elle démontre la primauté de la soif sur la polyurie dans la pathogénie du diabète insipide.

la guérison du diabète insipide est complète. Cette observation, très rare, confirme celles inverses dans lesquelles la soif apparut au cours d'interventions ; elle démontre la primauté de la soif sur la polyurie dans la pathogénie du diabète insipide.

Hémiatrophie faciale coexistant avec une neurofibromatose cutanée diffuse, par MM. G. GUILLAIN, GROSSIORN et l'OUZAUD.

Observation d'une femme de 36 ans présentant d'une part une neurofibromatose cutanée familiale et d'autre part une hémiatrophie faciale portant sur tous les muscles innervés par le trijumeau et sur le squelette, avec anomalies dentaires, un grand nombre de dents restant incluses.

Les auteurs discutent les rapports possibles des deux affections ; dans la maladie de Recklinghausen, on a signalé des asymétries de la face, mais il ne semble pas qu'on ait encore observé d'hémiatrophie faciale.

La syphilis de l'angle ponto-cérébelleux, par MM. G. GUILLAIN et AUZÉPY.

Observation d'un malade de 52 ans présentant les signes typiques d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux chez qui l'examen du liquide céphalo-rachidien montra positives toutes les réactions de la syphilis, alors que celles-ci étaient négatives dans le sang.

Les auteurs insistent sur cette notion que la syphilis de l'angle ponto-cérébelleux, bien que rare, mérite d'être connue. Le diagnostic avec les tumeurs de l'angle est très important, l'opportunité d'une thérapeutique chirurgicale en dépendant. Deux faits rendent ce diagnostic difficile : d'une part, la ponction lombaire est contre-indiquée dans les tumeurs de la fosse postérieure ; d'autre part, la stase papillaire manque souvent dans ces tumeurs.

**Tumeur envahissante de l'hypophyse traitée par chirurgie
et radiothérapie, par MM. HUGUENIN et GUILLAUME.**

Observation d'un homme de 41 ans atteint d'une tumeur hypophysaire que l'évolution rapide, la taille anormale, les caractères histologiques permettent de classer parmi les épithéliomas, malgré l'encapsulation apparent, critère de bénignité auquel on attache souvent trop de valeur. Beaucoup d'auteurs nient l'existence d'épithéliomas hypophysaires ; cependant, certains cas publiés, dont le cas actuel se rapproche, sont de toute évidence des épithéliomas. Les auteurs ont utilisé la radiothérapie post-opératoire, comme ils le font pour les autres tumeurs cérébrales malignes.

M. Lhermitte fait observer que les tumeurs de l'hypophyse, qui ont les caractères des épithéliomas, ne se comportent pas toujours comme des tumeurs très malignes.

**Société de Médecine mentale de Belgique
et Société Belge de Neurologie**

Séance commune du 28 février 1942

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

**Symptomatologie ponto-cérébelleuse d'une tumeur pariétale,
par M. DESCAMPS.**

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 33 ans chez lequel un astrocytome à grandes cellules, à localisation pariétale droite juxta-calleuse, en imposa pour une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Une hernie du tissu cérébral à la face inférieure du lobe temporal, au niveau du conduit auditif interne, explique l'atteinte des nerfs craniens. La persistance de l'excitabilité du vestibule droit et la rapidité de l'évolution auraient pu faire éviter l'erreur de diagnostic.

**Ectopies musculaires nerveuses dans l'expérimentation et dans la
pathologie (Contribution à l'étude des formes malignes de la neuro-
fibromatose), par M. DELCOURT.**

Dans certains cas de neurofibromatose, on voit apparaître des fibres musculaires striées dans le tissu nerveux. Dustin a signalé le même phénomène

dans un névrome du radial par blessure de guerre. Trois hypothèses ont été proposées pour expliquer ces ectopies musculaires : métaplasie d'éléments congénitaux se trouvant dans les nerfs ; métaplasie des cellules de Schwann ; inclusion embryonnaire de cellules myoblastiques qui se différencient sous l'influence d'une cause irritative.

Les recherches de l'auteur l'ont amené à croire que c'est cette dernière explication qui doit être retenue, compte tenu des données expérimentales et pathologiques, ainsi que des enseignements de l'embryologie.

La neurasthénie des employés, par M. MOREAU.

En dix ans, sur 1.300 employés de deux entreprises industrielles, 87 ont été atteints de neurasthénie répondant à la description de Beard ou à celle de la dépression constitutionnelle de Montassut. Pendant la même période, sur 7.700 ouvriers des mêmes entreprises, deux seulement demandaient des soins pour la même affection. La proportion est donc de 6,7 0/0 pour les employés et de 0,026 0/0 pour les ouvriers.

D'où vient cette énorme différence ? On ne peut incriminer le surmenage intellectuel. La différence entre le travail manuel et la besogne d'employé, souvent invoquée, notamment parce que l'effort physique lutte contre l'alcalose, caractéristique, pour beaucoup d'auteurs, de la neurasthénie, ne peut non plus être retenue. Restent les facteurs psychologiques, essentiels, estime l'auteur. Ces facteurs sont la fastidieuse monotonie du travail de bureau, le découragement et la baisse de tension intellectuelle qui amène la fuite dans la maladie. Le fait que l'employé malade est indemnisé plus largement que l'ouvrier intervient également sans qu'il y ait pour cela fuite volontaire de l'employé dans la névrose. Il s'agit d'un mécanisme inconscient ou semi-conscient, dont on ne peut faire grief au malade. L'étiologie se résume donc comme suit : facteur constitutionnel ; sédentarité ; facteur psychologique ; facteur économique adjuvant.

La névrose traumatique est-elle une névrose de rente ? par M. MOREAU.

Rappelant la discussion toujours active sur l'opportunité d'indemniser les victimes d'accident atteintes de névrose traumatique, l'auteur relate trois cas personnels et rappelle le cas cité par un auteur américain. Il s'agit de « névroses à retardement ».

Ces cas guérissent aussi bien lorsqu'il ne leur est rien accordé que lorsque, comme on a souvent tendance à le faire, on leur accorde un petit capital pour terminer l'affaire.

Les cas les plus divers peuvent se présenter, mais lorsqu'il s'agit réellement de névrose, à l'exclusion de toutes les affections parfois abusivement rangées sous cette dénomination, on peut se demander si l'octroi d'une indemnité est favorable à la victime et équitable. En tout cas, la solution devrait toujours être très rapide.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La querelle de l'anorexie mentale, par L. CORNIL et M. SCHACHTER (*L'Encéphale*, 1939-1940-1941, tome II, n° 3).

Après avoir rappelé l'histoire de la question de l'anorexie mentale, naguère considérée par tous comme l'expression d'un syndrome purement psychique, aujourd'hui rattachée par un certain nombre d'auteurs, au moins dans nombre de cas, à une insuffisance hypophysaire (syndrome de Simmonds), MM. L. Cornil et M. Schachter, en présence de ces deux façons d'envisager le problème, s'attachent à l'analyse des processus physiologiques et psychologiques de la faim et de l'appétit. Or les travaux de l'Ecole de Pavlov ont démontré le rôle que joue la corticalité dans la régulation et l'inhibition des instincts primaires, dont la faim n'est pas l'un des moins importants. Les systèmes central et végétatif exercent leur contrôle grâce à une influence régularisante sur les glandes endocrines avec lesquelles ils réalisent une véritable unité fonctionnelle. Aucun doute n'est possible quant au rôle actif des glandes endocrines, surtout de l'hypophyse et du système d'encéphale adjacent. Les caractéristiques de l'état mental de ces malades sont en rapport avec la perturbation endocrino-végétative qui porte sur une région dont le rôle dans la vie affective et émotive peut être considéré comme démontré.

Selon cette interprétation, l'anorexie serait une et de nature glandulaire végétative. La diversité des réactions individuelles à la perturbation (définitive ou réversible) ayant déterminé l'anorexie et son cortège symptomatique tient à ce que chaque malade réagit par l'appareil fonctionnellement le plus fragile ou fragilisé. Cette diversité de réactions à la maladie expliquerait la diversité des possibilités de guérison. En 1937, aux « Journées Médicales de Paris », M. L. Cornil avait déjà déclaré ne pas connaître d'anorexie vraie sans coexistence de troubles endocriniens.

L'anorexie pithiatique ayant été facilement démasquée, le seul diagnostic différentiel qu'il estime devoir être pris en considération est celui de

« l'anorexie des psychoses caractérisées », dans lesquelles cependant les troubles endocrino-végétatifs ne peuvent être d'emblée considérés comme sans influence.

René CHARPENTIER.

Le pithiatisme chez l'enfant, par HEUYER et HURIEZ (*Revue médicale française*, septembre 1941).

Quatre observations d'accidents pithiatiques chez l'enfant (coxalgie pithiatique, mutisme psychogène, crises pithiatiques) confirment, après Babinski et les rapports d'Henri Baruk et Ludo van Bogaert au Congrès de Bruxelles (1935), que si l'hystérie ne saurait constituer une entité nosologique, il existe des accidents pithiatiques que l'on rencontre aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Chez l'enfant, le mobile qui est à l'origine du trouble fonctionnel est, en général, plus facilement mis en évidence que chez l'adulte. Trouble psychopathique se traduisant pas des accidents d'aspect neurologique, éclos sur un terrain de déséquilibre héréditaire rendant le sujet plus sensible à des préoccupations d'ordre affectif, il est parfois confondu avec des troubles organiques dus à des lésions plus ou moins légères. « Bien diagnostiqué, le pithiatisme infantile guérit toujours. » Les accidents pithiatiques ont toujours une cause affective et intéressée, et les recherches psychanalytiques donnent souvent la solution du problème. Qu'il s'agisse de crises pithiatiques, de fausses coxalgies, de mutisme, de certaines formes d'énurésie ou d'anorexie mentale, les auteurs en ont toujours obtenu la guérison par l'isolement absolu.

René CHARPENTIER.

L'alcoolisme héréditaire, par Gabriel DESHAIES (*L'Encéphale*, 1939-1940-1941, n° 4).

De l'étude de 50 familles d'alcooliques, M. G. Deshaies conclut que l'alcoolisme paraît dépendre de conditions génétiques dans la mesure où ces dernières impliquent l'héritage de certaines tare psychico-organiques, telles que la débilité mentale, le déséquilibre psychique, le mode de réaction idiosyncrasique aux toxiques. Il s'agirait d'un processus dégénératif déterminant ou non l'habitude toxicomaniaque selon les conditions biologiques, psychologiques, sociologiques du milieu. L'alcoolique étant avant tout un toxicomane, la tare dont il a hérité est celle d'une disposition toxicomaniaque générale. Les déterminations neuro-psychiques ou hépato-digestives relèvent surtout de prédispositions individuelles héréditaires ou acquises.

L'importance des conditions bio-psychologiques acquises est de nature à stimuler les efforts thérapeutiques et prophylactiques. L'alcoolisme ne pouvant être tenu pour une tare pleinement héréditaire, la stérilisation eugénique serait d'efficacité limitée. M. G. Deshaies donne la préférence à une éducation anti-alcoolique bien comprise (dans la famille, à l'école, à l'atelier), aux mesures d'hygiène générale, aux dérivations ou sublimations sportives, professionnelles, à l'interdiction du mariage entre alcooliques, à la déchéance parentale des alcooliques et à l'application des mesures législatives récentes (suppression de la publicité des apéritifs, abolition du privilège des bouilleurs de cru, jours sans alcool, etc.).

René CHARPENTIER.

Les séquelles mentales des traumatismes crâniens, par A. RAVINA (*La Presse médicale*, 1^{er}-4 octobre 1941).

M. A. Ravina apporte une très intéressante documentation sur le « Punch Drunk » ou encéphalite traumatique (H. S. Martland) et les séquelles mentales et nerveuses des traumatismes encéphaliques. Il rapporte, entre autres, les observations faites par E. Winterstein, qui considère les traumatismes céphaliques dus à la boxe comme étant les plus faciles et les plus intéressants à observer, les résultats d'autopsies de boxeurs morts peu de temps après un combat par Schaller, Tamaki et Newmann, les travaux de J.-P. Martin et d'Ed. Mapother sur les symptômes mentaux consécutifs aux traumatismes crâniens et l'évolution de ces symptômes ainsi que le retour de l'activité intellectuelle à l'état normal, de Lemke sur les manifestations tardives des traumatismes crâniens.

On lira avec intérêt cette revue pleine de faits qui démontrent une fois de plus que les traumatismes crâniens, même légers, peuvent provoquer et parfois très tardivement de graves complications. Leur étude peut dans certains cas permettre de préciser les rapports entre des altérations anatomiques et certains états psychopathiques.

René CHARPENTIER.

PSYCHOTECHNIQUE

L'orientation professionnelle, par Alexandru ROSCA (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, avril-juin 1941).

Les différents métiers exigent des aptitudes différentes, parfois même contraires. Une utilisation rationnelle du capital humain suppose le placement de chacun dans la profession pour laquelle il est le plus indiqué. Le conseiller d'orientation professionnelle doit donc tenir compte de l'individualité psycho-physiologique du sujet, des nécessités de la profession qu'il désire embrasser, et aussi du marché du travail.

Au Laboratoire de psychotechnique de Sibiu, il est demandé à l'apprenti de désigner cinq professions préférées et cinq professions lui déplaisant. On essaie ensuite de déterminer les raisons, personnelles ou suggérées, de ces choix. Le sujet ayant souvent une idée très vague de la profession qu'il désire, il est nécessaire que l'école facilite aux élèves la connaissance des professions par des lectures, des films, des conférences, des excursions, des visites d'établissements industriels et commerciaux, d'atelier, etc.

Connaissant ainsi les préférences du sujet, on peut, autant que possible, l'orienter vers une profession qu'il désire et ne pas lui conseiller une profession pour laquelle il a de la répulsion. Le médecin et le psychologue recherchent d'abord s'il y a des contre-indications, psychologiques ou médicales, au choix du sujet, et établissent ensuite si le candidat a les aptitudes exigées par la profession désirée.

Par l'orientation professionnelle ainsi comprise on obtient l'augmentation quantitative et qualitative de la production, la diminution du nombre des accidents et des maladies professionnelles. Le changement de profession devient beaucoup moins fréquent, le sujet travaillant mieux, avec plus de plaisir et gagnant davantage. L'accord entre l'individu et sa profession est une condition fondamentale du rendement, mais aussi de la santé physique et mentale, et, par conséquent, du bonheur du travailleur.

René CHARPENTIER.

Nécessité de la pré-orientation professionnelle, par Dumitru SALADE
(*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1941).

L'auteur insiste sur la nécessité de la pré-orientation professionnelle. Le choix de la profession est une question très délicate, et très souvent mal fait, en particulier à cause du manque d'information des candidats sur les professions en général, et même sur celle qu'ils choisissent. Une enquête de l'auteur a montré que, sur 270 apprentis, 48,88 0/0 ont déjà changé de métier (certains 3 fois) ou désirent en changer. Il y a de nombreux métiers que garçons et filles de la campagne, et même de la ville, ne connaissent pas du tout. Il est nécessaire de venir en aide aux candidats à l'apprentissage et une pré-orientation professionnelle contribuerait au succès de l'orientation professionnelle proprement dite.

L'auteur indique les méthodes à employer dans ce but à l'école primaire, parmi lesquelles nous citerons : fiche psychologique annexée par l'instituteur au carnet de scolarité de l'élève ; visites d'usines et d'ateliers ; pratique plus grande et plus variée du travail manuel ; projections de films cinématographiques des métiers ; conférences avec projections sur les diverses professions, leurs avantages, leurs dangers, les aptitudes qui y sont nécessaires ; albums et livres traitant du plus grand nombre possible de professions. Mais, et c'est sans doute le plus important, l'instituteur devra de plus faciliter à l'élève la connaissance de soi-même.

René CHARPENTIER.

Monographie psychologique de la profession, par Nicolae MARGINEANU
(*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, avril-juin 1941).

Après avoir exposé les différentes méthodes employées à la rédaction de monographies psychologiques professionnelles, l'auteur fait part de sa propre méthode dans les enquêtes qu'il a entreprises dans les établissements de grande industrie. Aidé par l'ingénieur, il associe l'observation du travail à l'examen de l'ouvrier, le tout en termes d'activité professionnelle, qui ne seront traduits en termes psychologiques qu'une fois établi l'accord entre le psychologue et l'ingénieur.

On trouvera dans cet important travail les monographies des professions de serrurier, fondeur, modelleur, et en deux grands tableaux, les aptitudes nécessaires à toutes les professions utilisées dans les deux grands établissements sièges de l'enquête.

Pour chaque aptitude est également précisé un « coefficient de pondération » qui exprime l'importance de cette aptitude dans la cote générale. Ce coefficient varie avec la fréquence de l'aptitude, son rôle ou sa part dans l'activité de la profession envisagée. Par exemple, la coordination des mains chez les tourneurs, qui joue un très grand rôle, le tiers environ de l'activité du tourneur, doit être multipliée par 3 au moins (c'est-à-dire « pondérée ») dans la cotation générale. Ainsi se trouve respectée dans la cote comme dans les faits, la proportion de la contribution de cette aptitude à la contribution, plus réduite, des autres aptitudes.

René CHARPENTIER.

La sélection professionnelle dans la grande industrie, par Nicolae MARGINEANU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, juillet-septembre 1941).

Compte rendu de l'examen de sélection professionnelle de 1.200 apprentis de grandes industries : aéronautique, armement, mécanique et métallurgie, parmi lesquels 40 0/0 environ ont pu être choisis.

Parmi les tests utilisés il faut citer des tests d'aptitude mécanique (opérations de prise de relations mécaniques, de force et de mouvement), des tests d'observation des figures et formes mécaniques, des tests de dessin technique et des tests d'aptitude mathématique. A ces examens viurent s'ajouter, mais seulement avec valeur consultative, des tests d'acuité sensorielle, de dextérité manuelle et d'attention, quelques tests de caractère et un questionnaire général de stabilité émotive, ainsi qu'un examen oral et écrit en roumain et en mathématiques, indépendamment de l'examen psychotechnique. On trouvera dans ce mémoire la description des tests appliqués et la figuration de certains d'entre eux.

Une fois sélectionnés par ces méthodes, les apprentis furent soumis à de nouveaux examens, à l'aide d'appareils confectionnés en grande partie sur le principe de la preuve du travail, avant d'être orientés vers des ateliers. Les résultats furent très satisfaisants.

René CHARPENTIER.

La distribution professionnelle dans la grande industrie, par N. MARGINEANU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1941).

A la suite du précédent travail, l'auteur expose dans ce second mémoire les résultats de la distribution professionnelle des apprentis sélectionnés. Après un examen de sélection à l'aide de tests (intelligence, attention, observation, aptitude technique, aptitude mathématique, aptitude pour le dessin...), il a été pratiqué un examen de distribution à l'aide d'appareils (examen des dextérités). Ce second examen n'a eu lieu seulement que pour les apprentis déjà sélectionnés à l'aide des tests. Ainsi a été décomposé l'examen de sélection professionnelle.

L'examen de dextérités a été fait à l'aide d'appareils à caractère d'examen synthétique (sur les bases des preuves de travail) et à l'aide d'appareils à caractère analytique (examen d'aptitudes qui sans figurer parmi les principales apportent une contribution importante au succès du métier envisagé). Les métiers d'ajusteur, de tourneur, de soudeur, ont été ainsi l'objet d'examen des aptitudes nécessaires à l'aide d'appareils construits d'après les indications de l'auteur et dont la validité s'est montrée très bonne.

L'excellence des résultats est démontrée par le fait que le nombre des apprentis ayant changé de métier après cette distribution est tombé à 3 0/0 ou 5 0/0.

René CHARPENTIER.

La sélection professionnelle des travailleurs, par Fl. ONITIU et N. MARGINEANU (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, Sibiu, octobre-décembre 1941).

Exposé résumé d'un examen de sélection professionnelle dans le but de former des tourneurs. Sur 800 travailleurs, 250 ont été retenus qui ont suivi ensuite pendant 6 mois un cours accéléré de tourneur.

Après un premier examen de sélection par tests d'intelligence, d'attention, d'observation, d'aptitude mathématique et technique, et de mécanique, examen éliminatoire, l'examen avec des appareils a consisté en une preuve générale de travail, basée sur la force de coordination des mains et, à l'aide d'autres appareils, en épreuves de dextérité manuelle, de temps de réaction, de précision de la perception spatiale et d'acuité visuelle.

René CHARPENTIER.

Retards moteurs, par L. BERTIN-HUGAULT (*Revue médicale française*, octobre 1941).

Difficulté d'exécuter spontanément et aisément les mouvements faits facilement par des enfants de même âge, le « retard moteur » est d'évaluation difficile par des tests qui demanderaient très longtemps pour présenter une réelle valeur. L'éducation motrice doit être adaptée à l'âge du sujet, à l'importance du retard, au niveau mental, afin d'obtenir une éducation rationnelle du mouvement en tenant compte de l'état psychique de l'enfant. Certains enfants, gravement atteints, ne pourront être qu'améliorés et devront être orientés vers les professions ne demandant que des gestes moins rapides et moins précis.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Sur l'apractognosie géométrique et l'apraxie constructive consécutives aux lésions du lobe occipital, par J. LHERMITTE et J. MOUZON (*Revue neurologique*, septembre-octobre 1941).

Ainsi que le rappellent à propos de deux observations, MM. J. Lhermitte et J. Mouzon, des faits pathologiques enseignent que l'intégrité de certaines régions du lobe occipital est nécessaire, non seulement à l'appréhension et à la représentation du monde extérieur, mais à l'activité motrice la plus complexe, c'est-à-dire aux praxies qui sont à la base de notre action sur les choses et conditionnent, dans une certaine mesure, les créations imaginées par notre esprit.

L'étude des problèmes psycho-physiologiques de la vision, des agnosies pour les choses et pour l'espace, de l'agnosie géométrique et symbolique, de l'alexie optique et des symptômes qui l'accompagnent (alexie pour les couleurs, défaut des représentations colorées, alexie musicale, « paralysie du regard »), de l'apraxie géométrique et symbolique, conduisent à légitimer la réalité d'un syndrome particulier dont l'agnosie élective et l'apraxie constructive forment les éléments essentiels. Selon la thèse de Gründbaum, il n'existe pas d'agnosie pure, mais une apractognosie. L'agnosie géométrique est liée étroitement à l'apraxie constructive.

L'apractognosie géométrique a pour fondement anatomique une altération destructive et circonscrite des circonvolutions qui enveloppent l'aire striée (champ 17). Les lésions frappent électivement la face externe du lobe occipital, spécialement le gyrus angulaire, retentissant sur les fibres épaisses du splénium calleux, dont elles déterminent la dégénération.

MM. J. Lhermitte et J. Mouzon concluent que le syndrome d'apractognosie

géométrique a comme fondement anatomique une atteinte des zones péri-striées et parastriées (champs 18 et 19 de Brodmann) et que lorsque l'apraxie agnosie s'associe à l'hémianopsie, on est en droit d'admettre une double atteinte de l'aire striée et des aires qui l'enveloppent (zones péri- et parastriées).

D'où la réalité d'un certain nombre de syndromes psycho-physiologiques en relation avec la désorganisation, la dissolution plus ou moins achevée des fonctions de perception et de représentation visuelle, particulièrement de l'agnosie géométrique et de son corollaire, le trouble de l'activité constructive.

René CHARPENTIER.

Les syndromes consécutifs aux lésions du lobe occipital, par Jean LHERMITTE (*Revue médicale française*, décembre 1941).

Dans de nombreux cas, les symptômes afférents aux destructions occipitales sont ignorés des malades et doivent être recherchés avec soin. Qu'il s'agisse de tumeurs, de traumatismes, de lésions vasculaires malaciques ou hémorragiques, le fond du tableau ne change guère. C'est l'évolution des symptômes, c'est aussi leur association avec d'autres manifestations neurologiques qui permettent la discrimination.

Mais les lésions qui frappent les aires péri-striée et parastriée s'extériorisent par des syndromes ou des symptômes très différents de ceux qui accompagnent les détériorations de l'aire striée visuelle. M. Jean Lhermitte passe successivement en revue les hémianopsies, la cécité corticale définitive ou temporaire, et son évolution, les phénomènes hallucinatoires et les hallucinations hémianopsiques si caractéristiques d'une altération de la sphère visuelle, les agnosies visuelles découvertes par l'expérimentation et ultérieurement observées en clinique : agnosies spatiales (fausses localisations, désorientation dans l'espace extérieur, discordance de l'image corporelle avec l'espace, désorientation droite-gauche) et agnosies pour les choses, cécité psychique. L'observation de phénomènes agnosiques visuels, même lorsque ceux-ci se limitent aux symboles et figures géométriques, permet de préciser que le foyer ou les foyers destructifs ont leur siège dans le lobe occipital, et dans celui-ci atteignent les aires péri- et para-visuelles. Or, les aires péri- et para-visuelles reçoivent leur irrigation de la sylvienne tandis que l'aire striée visuelle est exclusivement irriguée par l'artère cérébrale postérieure.

On lira avec fruit cette excellente mise au point des connaissances actuelles sur la pathologie complexe des lobes occipitaux.

René CHARPENTIER.

Considérations physio-pathologiques, cliniques et pronostiques sur les tumeurs cérébrales, par Ch. RIBADEAU-DUMAS (*Gazette médicale de France*, t. XLVIII, n° 12 p. 421-426, juin 1941).

Le problème physio-pathologique que pose d'abord une tumeur cérébrale, c'est celui de l'hypertension intracrânienne avec ses trois facteurs : le volume de la tumeur, la quantité de liquide, l'œdème cérébral. La complication redoutable est la hernie d'une partie de l'encéphale. Ainsi les signes essentiels du diagnostic de début pour tout praticien sont des signes très généraux : céphalée, vomissements, vertiges, modifications du pouls, etc.,

Bien observés ils doivent conduire à l'examen ophtalmoscopique et radiologique. La ponction lombaire ne sera pas pratiquée sans l'avis du spécialiste qui prendra toutes les précautions nécessaires.

P. CARRETTÉ.

Un cas de tumeur d'Erdheim sans symptômes localisateurs. Considérations médico-légales (avec une planche hors-texte), par H. CLAUDE et J. CUEL (*L'Encéphale*, 1939-1940-1941, tome II, n° 3).

Tumeur de type Erdheim développée chez un homme de 31 ans, mécanicien de chemins de fer, légèrement éthylique et ayant subi en novembre 1934 un traumatisme accidentel d'importance imprécise. Apparition de malaises vagues et de troubles mentaux peu nets en mai 1935. Après quelques semaines d'amélioration, constitution d'un syndrome de Korsakoff. Pas de signes de localisation. Symptômes oculaires discrets, tardifs. Hyperalbuminorachie. Torpeur et obtusion terminales avec euphorie passive et vomissement de type cérébral.

Les auteurs montrent les intéressantes particularités cliniques, pathogéniques de ce cas, la difficulté du diagnostic clinique de localisation et de nature de ces tumeurs, la difficulté aussi des conclusions médico-légales dans ce cas particulier où les troubles ont débuté par une psycho-polynévrte de Korsakoff. Ils rappellent les caractères du syndrome infundibulaire décrits par Claude et Lhermitte et dont certains se retrouvent ici.

Les grosses difficultés de la technique chirurgicale, la forte mortalité opératoire, l'imperfection des résultats obtenus dans les cas les plus favorables, l'innocuité du traitement radiothérapique ont engagé certains auteurs à préconiser ce dernier traitement mais les résultats, peu efficaces, en sont très inconstants. Tous les traitements tentés jusqu'ici ne peuvent être considérés que comme des palliatifs.

René CHARPENTIER.

Diagnostic des craniopharyngiomes, par Cl. VINCENT et Fr. THIÉBAUT (*Paris-médical*, 10 octobre 1941).

Si les craniopharyngiomes ou tumeurs de la poche de Rathke sont avant tout des tumeurs de l'enfance et de l'adolescence, elles peuvent cependant exister à l'âge adulte et même à un âge assez avancé. On les trouve dans 2 pour 100 des cas de tumeurs du cerveau opérées dans le service de neurochirurgie de l'hôpital de la Pitié. MM. Clovis Vincent et Fr. Thiébaud en précisent dans ce mémoire le tableau clinique (troubles d'origine hypophysaire ou hypothalamique, signes de compression opto-chiasmatique, hydrocéphalie, déformation de la selle turcique, concrétions calcaires) et passent en revue les erreurs les plus fréquentes du diagnostic différentiel si important puisqu'il s'agit de tumeurs bénignes ne se reproduisant pas lorsqu'elles ont été complètement enlevées.

La mortalité opératoire pour craniopharyngiome rétro-chiasmatique est malheureusement très élevée. L'intervention doit être précoce, avant la formation d'adhérences avec les carotides, la méninge, le troisième ventricule, l'existence de prolongements nerveux. Avec une bonne technique, une exploration sous-hypothalamique n'est pas dangereuse en soi. Il est cependant impossible d'enlever un craniopharyngiome rétro-chiasmatique sans sacrifier un nerf optique.

René CHARPENTIER.

Sur un nouveau cas de tumeur du splénium. Etude sémiologique, diagnostique et ventriculographique, par Daniel MAHOUEAU (*Revue neurologique*, septembre-octobre 1941).

Observation chez un homme de 33 ans d'un cas de tumeur du splénium cliniquement caractérisée par un début brusque, fébrile, avec troubles mentaux, des signes d'hypertension intracranienne, un syndrome psychique caractérisé surtout par une torpeur accentuée (due probablement à la compression ou à l'envahissement des régions voisines de l'hypothalamus), des signes oculo-pupillaires, l'évolution rapidement mortelle.

Si le diagnostic clinique de tumeur du splénium était impossible dans ce cas, qui n'évoquait nullement le syndrome décrit par M. Guillaud et dont le tableau clinique ne ressemble guère à celui des observations déjà publiées, M. D. Mahoudeau pense que la ventriculographie aurait pu, avant tout examen nécropsique, permettre ce diagnostic. Les examens confirment, en effet, l'hypothèse émise par Mme Weyman-Jones, qu'une dépression profonde à l'union de la corne postérieure et du corps ventriculaire indique une augmentation de l'encoche normale causée par le splénium dans le cas de tumeur de cette région.

Cette observation apporte une intéressante contribution au diagnostic ventriculographique des tumeurs de la région spléno-épiphyssaire.

R. C.

ANATOMIE

Contribution à l'étude des connexions thalamo-corticales des régions basses de l'écorce cérébrale, par M^{lle} M.-Th. CALLEWAERT et Michel-A. GEREBTZOFF (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, août 1940).

De leurs expériences sur le lapin adulte, faites au Laboratoire de l'Institut psychiatrique du Professeur D'Hollander, à Louvain, les auteurs concluent :

1° l'aire post-centrale 1 + 3 reçoit la projection de deux noyaux thalamiques : les fibres du noyau ventral externe vont aux parties dorsale et moyenne de cette aire, celles du noyau ventral postéro-interne à ses parties ventrales ;

2° dans l'aire infrapariétale 50 aboutissent les fibres du noyau ventral postéro-externe ;

3° l'aire insulaire agranulaire 16 reçoit la projection du tiers interne du noyau arqué, l'aire insulaire granulaire 13 celle des deux tiers externes du noyau arqué.

R. C.

Les connexions thalamo-striées. Le noyau parafasciculaire et le centre médian, par Michel-A. GEREBTZOFF (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, août 1940).

Les fibres thalamo-striées se terminent dans le noyau caudé et dans le putamen et naissent de trois noyaux thalamiques.

Un contingent peu considérable est issu du noyau antéro-interne, établissant une connexion efférente indirecte entre l'écorce cingulaire antérieure et le striatum.

Un contingent plus considérable est issu du noyau ventral interne ; ce noyau est relié, d'autre part, à l'écorce frontale agrulaire qui envoie elle-même des fibres au corps strié. Il s'établit ainsi une double connexion efférente entre l'écorce prémotrice et le striatum : connexion directe et connexion par l'intermédiaire du thalamus.

Enfin, le troisième contingent est issu du noyau parafasciculaire. Ce noyau et le Centre médian qui en dérive seraient les centres de la mimique et de l'automatisme de la parole. (Travail du Laboratoire de l'Institut psychiatrique du Professeur D'Hollander, à Louvain.)

R. C.

Recherches sur la projection corticale du labyrinthe. Etude anatomo-expérimentale de la voie vestibulo-cérébrale, par Michel-A. GEREBTZOFF (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, août 1940).

Ces recherches anatomo-expérimentales faites au Laboratoire de l'Institut psychiatrique du Professeur D'Hollander, à Louvain, par M. Gerebtzoff confirment et précisent ses résultats oscillographiques et permettent les conclusions suivantes :

1. Les noyaux de Bechterew et triangulaire envoient des fibres au noyau parafasciculaire du thalamus par le faisceau longitudinal postérieur homolatéral, réalisant ainsi une connexion indirecte avec le corps strié.

2. La voie vestibulo-cérébrale est homolatérale et formée des neurones suivants : a) neurone radiculaire ; b) neurone vestibulo-tectal, originaire du noyau triangulaire et du noyau de Bechterew et gagnant le tubercule quadrijumeau postérieur par le lemniscus latéral ; c) neurone tecto-métathalamique, reliant le tubercule postérieur au noyau profond du corps genouillé interne ; d) neurone géniculo-temporal, unissant le noyau profond du genouillé interne à l'aire temporelle moyenne 21, foyer vestibulaire cortical.

3. Le noyau profond du corps genouillé interne reçoit aussi des fibres du tubercule quadrijumeau antérieur ; ainsi les influx labyrinthiques atteindraient le plus souvent le niveau cortical intégrés à des influx sensitifs et acoustiques (Tubercule quadrijumeau postérieur) et à des influx optiques (Corps genouillé interne).

4. L'effet de réveil cortical diffus par stimulation labyrinthique serait réalisé grâce à des connexions tecto-hypothalamiques par les systèmes commissuraux supra-optiques.

R. C.

Sur la région épiphysaire chez l'homme. I. Chez le fœtus. Le sac dorsal.

II. Le sac dorsal chez l'adulte, par QUERCY, DE LACHAUD et SITTLER. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 janvier et 30 juillet 1941).

Entre la face dorsale de la pinéale et la toile choroïdienne, où Bichat décrivait son « canal » et Reichert, plus tard, son « récessus », se trouve en réalité un organe particulier, distinct, isolable, avec sa structure et ses vaisseaux propres, le sac dorsal des zoologistes. En rapport immédiat avec la pinéale, les veines de Galien et la toile choroïdienne, il s'en détache aisément. Il est souvent plus volumineux que la pinéale.

Les auteurs décrivent sa structure qui le différencie vigoureusement de la glande, des méninges et de l'épendyme.

Les plexus choroïdes du III^e ventricule naissent dans sa cavité et présentent à leur origine de curieuses dispositions.

Il s'insinue entre les veines de Galien et se poursuit en haut et en arrière, au-dessus d'elles ; il présente alors, avec les organes de la fente de Bichat, des rapports que les auteurs se proposent d'étudier.

L. R.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'assistante sociale devant l'enfance malheureuse ou coupable, par Anne-Marie BOUCHET (*L'Hygiène mentale*, 1939-1940-1941, nos 6, 7, 8 et 9).

Si les enfants malheureux ne sont pas forcément des enfants coupables, le malheur amène souvent le « danger moral », poussant les enfants vers la délinquance. Et si les enfants coupables n'ont pas toujours été des enfants malheureux, on trouve cependant souvent, à la base de la délinquance juvénile, l'abandon et la misère.

Multiplés et complexes, enchevêtrés, sont les causes psychologiques et matérielles, les causes familiales et économiques. Dans tous les milieux sociaux se trouvent tares physiques et mentales héréditaires, incompréhension familiale et conflits familiaux, désorganisation du milieu familial. A ces causes morales et psychologiques viennent s'ajouter, en les aggravant, déterminant ainsi le malheur et la culpabilité de l'enfant, de nombreuses conditions matérielles défavorables, pauvreté et misère avec leurs conséquences : taudis, rue, exemples pernicieux, confinement moral, sous-alimentation, non fréquentation scolaire, vagabondage, etc. Sans négliger non plus l'influence de certaines causes actuelles telles que la guerre et l'éducation d'après-guerre, l'influence souvent mauvaise du cinéma dont la puissance de suggestion par l'image est si grande, l'atmosphère factice si fausse.

Ce sont toutes ces causes que l'assistante sociale doit connaître et savoir rechercher pour les atténuer dans la mesure où ses efforts peuvent y parvenir en utilisant les possibilités de la législation sociale. En face de ce problème comme de tous ceux qui se posent à elle, son rôle immédiat est de s'appliquer à une mise en œuvre rationnelle de la législation, en « humanisant » la loi, en l'adaptant à l'individu, en essayant s'il y a lieu de combler ses lacunes. Cela, aussi bien au dispensaire en qualité de visiteuse d'hygiène, qu'à la consultation psychiatrique comme assistante sociale psychiatrique, à l'école comme assistante scolaire, à l'usine comme surintendante, au tribunal en qualité d'assistance sociale judiciaire, ou déléguée à la surveillance dans la rue, si elle est assistante de police. Son action est double, préventive et constructive.

Pour la protection de l'enfance malheureuse ou coupable et la prophylaxie de la délinquance, aucun effort ne doit être épargné. Mais, ainsi que le fait remarquer en terminant Mlle Anne-Marie Bouchet, le résultat de ces efforts est conditionné par une politique sociale générale de salubrité publique, physique et morale, indispensable.

René CHARPENTIER.

L'examen médical des procréateurs devrait être obligatoire. Résultats d'une expérience de dix mois d'examen facultatif, par J. BOISSEAU, J. CIAUDO, A. BOUISSET et M^{lle} PRESCIAT (*La Presse médicale*, 10-13 décembre 1941).

Se basant sur les résultats obtenus par les consultations prénatales des Assurances sociales des Alpes-Maritimes où les auteurs purent organiser une « Consultation prénatale des pères » facultative, ils concluent que l'examen de la totalité des procréateurs aurait permis de traiter deux fois plus de mères que si aucun d'eux n'avait été examiné. L'examen des pères leur a, en effet, permis de dépister un nombre supplémentaire de syphilis égal à celui décelé par le seul examen des mères. En fait, 21,80 0/0 seulement des pères se sont soumis à cet examen facultatif.

Le certificat prénuptial devenant obligatoire, l'examen « prénatal » des procréateurs devrait être systématique et obligatoire. L'examen des pères s'avère aussi indispensable que l'examen des mères. Il devrait être obligatoirement pratiqué, en dehors de la présence de la mère. Dans l'intérêt de la santé de l'enfant à naître, ce ne serait pas trop que d'exiger une heure de la vie du futur père. Les résultats de cet examen, qui peut être situé à une heure commode, le soir par exemple, intéressent d'ailleurs le père, la mère et l'enfant.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

L'assistance psychiatrique extra-hospitalière en Norvège, par Armund ODEGARD (*Archives internationales de Neurologie*, n° 6, p. 142-151, août 1940).

La moitié des aliénés est soignée en Norvège hors des établissements hospitaliers. La démographie extrêmement faible, l'existence d'une classe paysanne riche et cultivée favorisent l'assistance familiale. Certaines familles gardent des aliénés chroniques, liées par contrat de réciprocité avec un asile.

Des polycliniques psychiatriques sont rattachées à la Clinique d'Oslo. Pour les alcooliques, le service de dépistage est obligatoirement en relation avec un Comité de tempérance qui fonctionne dans chaque commune d'après la loi de 1932. Ils peuvent être dirigés sur des établissements spéciaux. Pour les délinquants et les criminels, les psychopathes légers, les arriérés et les épileptiques, il n'existe pas d'institutions de cure et de placement. Cette organisation est en projet.

En 1934, la Norvège a édicté une loi pour la stérilisation : elle est en principe volontaire. Un décret-loi sur la psychanalyse (1938), a limité son emploi en ne la confiant qu'à certains médecins autorisés par le gouvernement.

P. CARRETTE.

THERAPEUTIQUE

Chocs thérapeutiques anciens et modernes en psychiatrie, par Jacques VIÉ (*La Presse médicale*, 4-7 février 1942).

Si l'insulinothérapie, la cardiazolthérapie et la thérapeutique par l'électro-choc sont des acquisitions récentes, la pratique de procédés médicaux

destinés à ébranler profondément le système nerveux est fort ancienne, comme l'ont rappelé MM. P. Courbon et J. Perrin, ainsi que Mme Buvat-Pochon. Rappelant que pour les Anciens « l'épilepsie est le tremblement de terre de l'homme », M. Courbon a réuni ces méthodes sous le nom de *sismothérapies*. M. J. Vié rappelle la psychothérapie brusquée par précipitation dans l'eau, pratiquée par les prêtres du temple d'Apollon à Leucade, le bain de surprise du Moyen-Âge, la douche froide sur la tête (Rech), la psychothérapie armée de Leuret, la rotation d'Erasmus, Darwin, la saignée répétée accompagnée de vomitifs et purgatifs drastiques, les cautères, sétons, moxas, etc. Parmi les nombreuses explications données, il rappelle le rôle attribué à l'intimidation, à la valeur rédemptrice de la douleur, dans ces chocs émotionnels intenses auxquels on reconnaît actuellement un substratum endocrino-sympathique. L'intensité de ces méthodes d'ébranlement général entraîne, d'ailleurs, des répercussions profondes sur le fonctionnement du cerveau et M. J. Vié indique la crise vagale de la rotation et son action sur les centres bulbaires, la participation opto-striée des violentes décharges émotives, les modifications intenses de la circulation cérébrale et l'anoxémie cérébrale. N'est-ce pas à une théorie anoxémique du coma et des crises convulsives anoxémiques qu'aboutissent les recherches chimiques les plus récentes (J. Druey) sur l'action des thérapeutiques de choc ?

René CHARPENTIER.

La thérapeutique par dissolution-reconstruction en psychiatrie, par M. P. DELMAS-MARSALET (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*. séance du 1^{er} décembre 1941).

Mystérieux est le mécanisme par lequel certaines psychoses sont favorablement influencées par le coma insulinaire, l'épilepsie provoquée, la narcose prolongée. Pour M. P. Delmas-Marsalet, ces différentes méthodes ont toutes pour effet de provoquer une dissolution profonde des fonctions psychiques momentanément ramenées au zéro (coma, sommeil). La reconstruction qui se fait ensuite n'est pas forcément la reproduction à rebours des phases de dissolution, et pour qu'elle aboutisse à un psychisme normal, encore faut-il qu'elle en ait les éléments, ce qui exclut les processus lésionnels fortement destructifs. Il n'est pas moins indispensable que persiste le plan normal de réédification. La prévalence d'un plan pathologique (constitutions mentales pathologiques) explique le peu d'effet des méthodes de choc dans certains cas.

A propos des observations où la reconstruction aboutit à un état morbide différent (mutation, par exemple, d'un état mélancolique ou état maniaque), l'auteur rappelle la conception de l'isométrie nerveuse. Les deux théories, dissolution-reconstruction et isométrie nerveuse, expliquent les constatations thérapeutiques faites par tous ceux qui ont expérimenté les traitements par le coma insulinaire, le cardiazol, l'électro-choc, la narcose prolongée.

René CHARPENTIER.

Les traitements nouveaux de la démence précoce (A propos de 37 cas traités et suivis), par TOYE (*La Presse médicale*, 4-7 juin 1941).

Dans ces états psychopathiques, écrit M. Toye, que, pour des raisons de commodité psychiatrique, c'est-à-dire diagnostiques et pronostiques, nous

appelons démences précoces, où la gravité n'implique pas nécessairement l'incurabilité obligatoire et dont l'étiologie, souvent incertaine, autorise rarement un effort spécifique, la thérapeutique n'avait guère apporté, jusqu'à ces dernières années, que des déceptions. Nucléinate de soude, impaludation, et même huile soufrée et sels d'or n'ont jamais donné à l'auteur de résultats intéressants. Seule, la tuberculine à doses très faibles, selon la méthode de Paul Pagès, donnerait des améliorations chez les sujets à antécédents bacillaires.

M. Toye indique ici sa technique de l'insulinothérapie et de la cardiazol-thérapie (choix des sujets, prise d'électrocardiogrammes impeccables, autorisation familiale écrite, installation hospitalière, convalescence, etc.). Avec l'insuline, il cherche à obtenir une trentaine de chocs à type comateux (chaque matin à heure fixe). Avec le cardiazol, 10 à 15 crises d'aspect typique (deux crises par semaine).

Les résultats obtenus furent, pour les 37 cas traités et suivis, 41 pour 100 de guérisons cliniques, 12 pour 100 de grandes améliorations, aucun décès imputable au traitement. Les cinq échecs concernent un cas de confusion mentale chronique datant de près de 3 ans et quatre cas de troubles mentaux évoluant depuis plus de 5 ans. En conclusion, M. Toye, soulignant les espoirs, basés sur des faits, dus à ces nouvelles thérapeutiques, donne la préférence au cardiazol, réservant pour les formes d'aspect grave l'insuline dont le maniement lui paraît plus dangereux.

René CHARPENTIER.

Recherches sur le mécanisme d'action de la cure de Sakel, par Paul Cossa (*La Presse médicale*, 17-20 septembre 1941).

Constatations cliniques et recherches expérimentales démontrent que le coma insulinique provoque, au sein du tissu nerveux, un œdème d'autant plus considérable que la dose employée a été plus forte. Cet œdème, d'abord péri-vasculaire, puis péri-cellulaire, enfin interstitiel, est l'exagération du cheminement normal du plasma qui, des capillaires aux espaces périvasculaires, draine le parenchyme, entraînant les déchets physiologiques du métabolisme et les produits pathologiques de désintégration. C'est l'accroissement d'un moyen normal de défense du tissu nerveux contre les agressions toxiques. Cette exaltation d'un moyen normal de défense est la raison de l'efficacité du coma insulinique dans le traitement des psychoses.

La simultanéité de l'œdème pulmonaire est l'indice d'un mécanisme commun. Et, conclut M. Paul Cossa, l'observation neuro-chirurgicale, le voisinage des centres de la régulation glycémique et de la régulation hydrique tendent à faire rechercher le *primum movens* de ces deux réactions dans les parois du 3^e ventricule.

René CHARPENTIER.

Rôle fonctionnel de la thérapeutique convulsivante par le cardiazol. Nécessité d'un traitement étiologique, par Maurice HYVERT (*La Presse médicale*, 15-18 octobre 1941).

D'une pratique de 5 années de cette thérapeutique et se basant sur 300 cas traités, M. Maurice Hyvert conclut que la thérapeutique convulsivante est une thérapeutique fonctionnelle dont l'action, singulièrement efficace, peut

être interprétée comme étant de nature dynamique. Comme elle est sans action sur le facteur étiologique, facteur dont la persistance amènerait une rechute, il est indispensable de découvrir celui-ci et d'en assurer la disparition. Pratiquée après traitement étiologique, et dans des états traités aussi précocement que possible, ses succès sont presque constants et d'une grande stabilité. A quelques exceptions près, lorsque le trouble fonctionnel s'est installé depuis quelques années, parfois même quelques mois, il devient pratiquement irréversible.

Après le traitement convulsivant, une psychothérapie patiente doit réadapter le malade au milieu extérieur.

René CHARPENTIER.

L'électro-choc en psychiatrie, par M. LAPIPE et J. RONDEPIERRE (*La Presse médicale*, 10 mars 1942).

La méthode de traitement par l'électro-choc consiste à déclencher une crise convulsive par l'application, à travers la boîte crânienne, dans un but thérapeutique et dans certaines conditions d'un courant électrique provenant d'un secteur alternatif urbain. Elle résulte des constatations de Leduc, de Nantes (1898), et des expériences thérapeutiques de Cerletti et Bini, de Rome, qui publièrent en 1938 les premiers résultats de substitution de l'électro-choc au cardiazol en convulsivothérapie, selon une technique imaginée et mise au point par eux. Cette intéressante méthode a déjà été l'objet de nombreux travaux et présentée aux lecteurs des *Annales Médico-Psychologiques* (1).

Sur ces données, MM. M. Lapipe et J. Rondepierre ont fait construire un appareil ayant le même but que celui imaginé par l'ingénieur Arcioni, de Milan, pour le professeur Cerletti, appareil auquel ils ont donné le nom de « Sismothère ». Dans le présent mémoire, ils résument les résultats de leurs expériences personnelles portant sur un millier de chocs environ et en tirent les conclusions. Pour provoquer une crise comitiale en faisant passer un courant alternatif à travers la boîte crânienne, le travail électrique à mettre en jeu pendant un temps donné est constant pour le même malade ; il ne paraît pas être en rapport avec l'état mental du sujet mais être propre à chaque malade. Le « Sismothère » de MM. M. Lapipe et J. Rondepierre tient compte à la fois des variations d'intensité et, par conséquent, des variations de résistance apparente de la boîte crânienne : il donne, quelles que soient ces variations, le travail prévu, à 5 % près.

Applicable à toutes les psychoses dont l'étiologie ne peut être mise en évidence, la thérapeutique par l'électro-choc ne leur paraît pas appelée à remplacer l'insulinothérapie mais pouvoir, avec avantage, y être associée. Leurs meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas de psychose maniaque-mélancolique, de mélancolie présénile, de confusion mentale, de schizophrénie (surtout lorsque la schizophrénie n'évolue que depuis quelques mois). C'est, le plus souvent, vers le 4^e choc que l'état psychique a été favorablement modifié, et cela même dans des cas de psychoses anciennes, avec amélioration parallèle de l'état général. Les rechutes, fréquentes et dues le plus

(1) O.-L. FOREL. — L'électrochoc en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1941, page 32.

A. LAMARCHE, J. DE BEAUJEU et G. ESTIENNE. — Le traitement par l'électrochoc. *Annales médico-psychologiques*, avril-mai 1941, page 251.

souvent à l'interruption prématurée du traitement, sont justiciables de la reprise de ce traitement. Les contre-indications de l'électrochoque ont paru à MM. M. Lapipe et J. Rondepierre moins strictes et moins nombreuses que celles de la cardiazolthérapie, et les incidents « rarissimes ». Ils n'ont jamais eu d'accident et n'ont jamais vu durer plus de 15 jours l'amnésie rétrograde remontant souvent fort loin, amnésie qu'ils considèrent comme la règle lors de l'application du traitement. D'une application facile, et en général mieux acceptée par le malade que la cardiazolthérapie, la thérapeutique par l'électrochoque, réalisée par le Professeur Cerletti, est non seulement moins pénible, mais aussi « incontestablement moins dangereuse ». Sur son mode d'action, encore indéterminé, des hypothèses diverses ont été proposées (Cerletti, H. Claude, etc.).

René CHARPENTIER.

La valeur et les résultats de la malariathérapie, par René BESSIÈRE et F. BRISSE (La Presse médicale, 12-15 novembre 1941).

Après révision de 750 dossiers de malades atteints de paralysie générale, MM. René Bessière et F. Brisson arrivent à cette conclusion que les statistiques publiées depuis 15 ans sur les résultats obtenus par la malariathérapie sont beaucoup trop optimistes et ne tiennent pas suffisamment compte de la déchéance intellectuelle des malades traités. Leur révision des cas traités (341 malades impaludés) aboutit à 9 0/0 de très bonnes rémissions, 9,5 0/0 de bonnes rémission, 18,5 0/0 de faibles rémissions, 45 0/0 sans résultat. Des 18 0/0 de décès postérieurs au traitement et considérés comme échecs de la thérapeutique, 2 0/0 sont imputables directement à l'impaludation. Dans tous ces cas il s'agit d'un traitement par malaria + arsénicaux.

Une statistique faite également par eux et concernant 260 malades uniquement traités par le stovarsol a donné des résultats identiques. Toutefois les « très bonnes rémissions » ont été obtenues plus fréquemment après malariation associée (9 0/0) qu'après stovarsolthérapie seule (5 0/0).

En conclusion, MM. René Bessière et F. Brisson insistent sur ce fait qu'en aucun cas on ne peut parler après ces traitements de guérison complète et définitive. Les résultats sont « supérieurs à l'abstention thérapeutique d'autrefois » ; les rémissions portant sur le fond mental et aboutissant à la récupération professionnelle sont « plus nombreuses, plus complètes... plus durables » aussi que les rémissions spontanées, mais transitoires et moins fréquentes que ne l'indiquent les statistiques antérieures. Tôt ou tard survient la rechute et le malade « réintègrera l'asile pour y mourir de paralysie générale ». Aussi l'attitude du médecin doit-elle être ferme, la précocité de la malariathérapie étant nécessaire à l'obtention des meilleurs résultats possibles, mais prudente, mettant en garde la famille contre les dangers possibles du traitement et les « espoirs inconsidérés » !

René CHARPENTIER.

Procédés psychiatriques dans le traitement de l'épilepsie (Psychiatric Approach to the Treatment of Epilepsy), par Stanley COBB (*The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXVI, n° 5, p. 1009-1022, mars 1940).

Le seuil de l'excitation sensitivo-motrice est abaissé dans l'épilepsie. On connaît l'influence du bruit, de la lumière, de la constipation, d'une légère

infection sur le déclenchement des crises. Cette notion permet à M. Cobb d'étayer le diagnostic différentiel avec l'hystérie et de le compléter par les renseignements encéphalographiques.

La psychothérapie qui en découle donne d'excellents résultats. Elle impose à l'ambiance familiale et sociale des mesures correctives et constructives ; elle soumet le malade à des « interviews » et à une psychanalyse formatrices du caractère. Le traitement chimique peut ainsi s'adapter à chaque cas particulier et subir des restrictions importantes.

P. CARRETTE.

Le revers de la médaille (rhumatisme gardénalique), par Louis RAMOND (*La Presse médicale*, 10-13 septembre 1941).

A propos d'un cas de rhumatisme gardénalique chez une femme de 46 ans, épileptique et récemment opérée, M. Louis Ramond attire à nouveau l'attention sur le *rhumatisme barbiturique*, relativement peu fréquent et qui ne survient guère que par l'absorption prolongée de fortes doses de n'importe quel barbiturique.

D'apparition tardive, toujours chez des sujets de plus de 20 ans et le plus fréquemment des femmes, il se traduit par des troubles fonctionnels (algies surtout musculaires, impotence fonctionnelle) avec parfois cependant des amyotrophies légères ou des hydarthroses plus ou moins importantes, sans signes généraux, et guérit dès suppression de la médication barbiturique. L'inconvénient de cette suppression serait le retour des accidents épileptiques et M. Louis Ramond conseille, pour éviter ce retour, de remplacer dans ces cas le gardénal par des comprimés de di-phényl-hydantoïne de soude.

René CHARPENTIER.

Sur le traitement du coma barbiturique par la strychnine et sur les bases physiologiques de ce traitement, par Paul COSSA (*La Presse médicale*, 18-21 juin 1941).

Recherchant les raisons de l'inconstance de la strychnothérapie du coma barbiturique, M. Paul Cossa conclut que, pour éviter les échecs il faut : 1° employer d'emblée la dose maxima tolérée et augmenter les doses jusqu'à l'apparition de petits signes d'intoxication strychnique, en particulier du signe de Chvostek ; 2° répéter les injections fréquemment, de demi-heure en demi-heure, et ne jamais les espacer de plus d'une heure ; continuer le traitement avec la même intensité jusqu'au réveil et au-delà, et ne diminuer les doses que très graduellement.

L'alcool doit être proscrit. La coramine ne paraît agir aux doses usuelles que comme tonocardiaque, et ne pas être sans danger aux fortes doses. Tubage gastrique et apomorphine ne sont indiqués que dans les cas où l'on intervient moins de douze heures après l'absorption du toxique.

Le sérum glucosé adrénaliné, en goutte à goutte rectal, alimentera le malade et soutiendra son tonus vasculaire. En cas de défaillance respiratoire, pratiquer une saignée de 600 cm³, des inhalations d'oxygène et la respiration artificielle.

Depuis qu'il applique ces règles, M. Paul Cossa n'a eu à enregistrer que

des succès. Il rapporte un cas très intéressant dans lequel le traitement ne put être institué qu'à la dix-huitième heure et où le réveil ne survint que cent quarante-quatre heures environ après l'absorption du toxique. Ce succès thérapeutique fut obtenu en employant une dose totale de dix grammes de strychnine et, pendant les cinq premiers jours, une dose horaire de six centigrammes. Ainsi que le fait remarquer M. Paul Cossa, ces doses et le temps après lequel fut obtenu le réveil de la malade (il s'agit d'une femme de 43 ans) ne semblent pas avoir été égalés jusqu'à présent.

René CHARPENTIER.

Traitement d'un cas de sclérose en plaques par la ferriscorbone magnésienne, par A. MOREL, F. ARLOING et A. JOSSERAND (*Lyon médical*, Société médicale des hôpitaux de Lyon, séance du 4 novembre 1941).

MM. A. Morel, F. Arloing et A. Josserand rapportent de remarquables résultats après un an et demi de traitement d'un cas ancien de sclérose en plaques. En 18 mois, le malade a fait 5 séries de traitement de chacune 20 injections intraveineuses de 2 cgr. de complexe (soit 2 gr. de produit) et 4 séries de 20 ampoules buvables de 0 gr. 10 (soit 8 gr. de ferriscorbone).

Si, selon l'hypothèse de M. Jean Lépine, les lésions de la sclérose en plaques sont dues à des altérations des phénomènes fermentaires nourriciers du système nerveux, ces altérations cesseraient de se produire sous l'influence oxydo-réductrice de la ferriscorbone.

Pour M. A. Morel, les altérations des phénomènes intracellulaires que les récentes acquisitions de la chimie biologique permettent d'étudier constituent les caractères communs des processus pathologiques à évolution progressive que l'on retrouve dans des maladies aussi différentes que le cancer, l'acétonémie diabétique et la sclérose en plaques.

R. C.

Etude critique sur le traitement de la sclérose latérale amyotrophique par la vitamine E, par Georges GUILLAIN et Jean LEREBoullet (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 juin 1941).

Après avoir traité neuf cas de sclérose latérale amyotrophique de diagnostic indiscutable, par la vitamine E, naturelle ou synthétique, à doses élevées, MM. Georges Guillain, Jean Lereboullet n'ont obtenu dans aucun cas ni arrêt de l'évolution progressive de l'affection, ni régression des troubles paralytiques. Ils apportent ces résultats pour ne pas laisser s'accréditer l'opinion émise dans certaines publications que la vitamine E serait susceptible d'améliorer ou de guérir la sclérose latérale amyotrophique authentique.

René CHARPENTIER.

La vitamine E et ses applications en neurologie, par Marcel MONNIER (de Genève). (*La Presse médicale*, 26-29 novembre 1941).

Se basant sur des observations anatomo-cliniques personnelles, M. Marcel Monnier, après avoir rappelé que la vitamine E est un facteur alimentaire

accessoire liposoluble dont les propriétés spécifiques ont été découvertes par Evans et Scott en 1922 et la synthèse réalisée par Karrer en 1938, étudie successivement le syndrome E-avitaminosique expérimental (troubles de fonctions de reproduction, troubles endocriniens et métaboliques, troubles neuro-musculaires), les symptômes et les lésions neuro-musculaires du rat adulte carencé en vitamine E, et les applications thérapeutiques de la vitamine E, relatant ses expériences personnelles de traitement de la maladie de Friedreich et de la sclérose latérale amyotrophique.

L'auteur conclut que la vitamine E exerce une action eutrophique sur le système neuro-musculaire. Les affections neurologiques appelées à bénéficier d'un traitement par la vitamine E naturelle ou synthétique seraient donc celles dont les lésions présentent le plus d'analogies avec celles du syndrome neuro-musculaire E-avitaminosique du rat adulte : dystrophie musculaire progressive, tabès et maladie de Friedreich, poliomyélite et sclérose latérale amyotrophique, radiculo-névrite toxi-dégénérative. Les résultats seraient encourageants, non comme traitement causal, mais comme adjuvant eutrophique, en contribuant à rétablir la constitution chimique normale des fibres nerveuses déficitaires, cela surtout en instituant le traitement au début de la maladie, avant la constitution d'altérations anatomiques grossières. La vitamine E synthétique (α -tocophérol) peut être plus facilement administrée à doses massives que la vitamine E naturelle.

René CHARPENTIER.

Action des injections intraveineuses de gluconate de calcium sur la réserve alcaline et sur la calcémie, par Raoul LECOQ (*Académie des sciences*, séance du 24 février 1941).

Administré par voie intraveineuse, le gluconate de calcium n'est que lentement utilisé par l'organisme. Son action, remarquablement durable, est caractérisée par une notable élévation sensible de la calcémie et surtout de la réserve alcaline. Etant donné son innocuité, il y aurait avantage à augmenter les doses thérapeutiques habituellement utilisées.

R. C.

Action comparée des injections intraveineuses d'alcool glucosé et de gluconate de calcium sur le redressement de la réserve alcaline, par Raoul LECOQ (*Société de Biologie*, séance du 14 juin 1941).

La solution isotonique de bicarbonate de sodium en injections intraveineuses n'est pas le seul moyen de redresser la réserve alcaline et de lutter contre les états acidosiques. Si l'injection intraveineuse d'alcool éthylique glucosé paraît agir remarquablement et électivement sur la montée de la réserve alcaline dans les états délirants aigus de l'alcoolisme, on peut, par l'action du gluconate de calcium, obtenir ce redressement de la réserve alcaline dans tous les autres cas (femmes enceintes, accidentés, opérés, alcooliques non délirants, etc.).

René CHARPENTIER.

Le magnésium fixateur de calcium et du phosphore, par le Dr QUISERNE et M^{lle} JARRIGÉ (*Revue médicale française*, mai 1941).

Tandis que l'ingestion du phosphate tricalcique ne détermine aucune absorption de calcium, l'ingestion du phosphate calco-magnésien permet de constater une diminution d'environ 50 0/0 de la quantité de chaux éliminée par les urines, ce qui prouve que la présence du magnésium aide à la rétention de la chaux tant alimentaire que médicamenteuse. Ces intéressantes expériences démontrent que, pour aider à la médication calcique, il est nécessaire d'associer des sels magnésiens aux sels de phosphore et de calcium afin d'en faciliter l'absorption.

René CHARPENTIER.

L'herbe au chagrin (*Phyllanthus niruri* L.), par Henri LECLERC (*La Presse médicale*, 13-16 août 1941).

Euphorbiacée à fleurs lilliputiennes, l'herbe au chagrin, plante indo-malaise, porte aussi le nom d'Ygo-ygo qui signifie l'herbe qui fait dormir. Elle calme, en effet, l'anxiété et favorise le sommeil. Son action sédative la faisant aussi employer contre les convulsions infantiles, et l'épilepsie des adultes. D'après M. Raymond-Hamet, elle est douée d'une action excitante de la respiration et d'un pouvoir hypotenseur très marqué, faits confirmés par les essais de M. Henri Leclerc.

Dans la région indo-malaise on l'appelle encore herbe de l'amour (oebat-goena). On la prescrit aussi dans le traitement de la goutte, des coliques néphrétiques, de l'ictère, des dyspepsies. Mélangée à de l'eau de riz, elle est d'un usage courant contre les ulcères, pour hâter la cicatrisation des plaies et résoudre les abcès, etc.

M. Henri Leclerc attire l'attention sur ce végétal qui lui paraît mériter d'être inscrit parmi les nombreuses ressources phytothérapeutiques de la riche flore des Indes néerlandaises.

René CHARPENTIER.

Emploi de l'asaret (*Asarum Europaeum* L.) comme succédané indigène de l'ipecacuanha, par Henri LECLERC (*La Presse médicale*, 16-19 juillet 1941).

Toutes les parties de l'asaret, le rhizome principalement, renferment une substance cristallisée, inodore et insipide, l'asarite ou camphre d'Asarum, et une huile essentielle, auxquelles sont attribuées alternativement, selon les auteurs, les propriétés émétiqes incontestables de la plante. La poudre de rhizome d'Asarum se prescrit délayée dans de l'eau sucrée tiède, à la dose de 1 à 2 grammes.

Produit du sol de France, l'asaret peut servir de succédané à l'ipecacuantra qui vient du Brésil. M. Henri Leclerc en emploie avec succès l'alcoolature comme expectorant dans les bronchites (L à LX gouttes par jour) et en poudre, comme sternutatoire. Il considère la poudre d'asaret comme un procédé efficace de « réflexothérapie ».

René CHARPENTIER.

Les sels biliaires en thérapeutique, par André VARAY (*La Presse médicale*, 4-7 février 1942).

La meilleure thérapeutique est physio-pathologique. Un grand progrès a été réalisé dans l'opothérapie biliaire par l'utilisation des dérivés de l'acide cholalique actifs et non nocifs. Les indications du déhydrocholate de soude par voie buccale ou en injections intraveineuses sont très nombreuses.

En psychiatrie, l'importance des troubles hépatiques dans le déterminisme de nombreux syndromes aurait permis d'obtenir de cette médication des résultats remarquables dans le délire alcoolique aigu (Crinis, Chantala), des résultats variables dans la mélancolie et d'autres états dépressifs (Leischner, Baldauf, Strickstroek), dans la schizophrénie où un cholérétique actif pourrait être utilisé comme adjuvant de la convulsivothérapie. On l'a utilisée également dans les cures de démorphinisation, dans la migraine et d'autres accidents anaphylactiques.

Il s'agit là d'une opothérapie en quelque sorte épurée et spécifique, d'une action cholérétique efficace et dénuée de toxicité. On a pu jusqu'ici en noter les heureux effets en pathologie hépatique, et aussi pour agir sur le métabolisme de l'eau, sur le métabolisme du calcium, pour diminuer la toxicité de la médication arsénicale, pour diminuer l'hypertension artérielle. On a signalé également son action bactéricide et l'utilisation du déhydrocholate de soude dans les affections rhumatismales, en particulier dans le rhumatisme chronique (Moreno). Ces indications, multiples et, semble-t-il, un peu ambitieuses, pourront sans doute être précisées.

René CHARPENTIER.

Effet de l'hormone mâle synthétique sur les troubles psychiques de l'hyperfolliculinémie, par BRODIN (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 27 juin 1941).

Par l'administration de l'hormone testiculaire synthétique, M. Brodin a obtenu une amélioration des troubles psychiques dus à l'hyperfolliculinémie.

R. C.

La testostérone en thérapeutique gynécologique, par E. DOUAY (*Revue médicale française*, juillet 1941).

Pour M. E. Douay, qui donne sa préférence au propionate de testostérone, l'action la plus nette est la disparition rapide des troubles congestifs péri-menstruels et des phénomènes nerveux qui les accompagnent. Les doses faibles suffisent mais il est indispensable de bien préciser l'indication, la date exacte de la piqure, la quantité utile. Si la femme est réglée à 28 jours, la première piqure sera faite 12 à 14 jours à dater du début des règles puis, s'il y a lieu, de 4 jours en 4 jours, pour finir autant que possible le 24^e jour du mois. Commencer par la dose de 10 milligrammes, avec dose totale variant de 10 à 50 milligrammes par mois.

Il est parfois nécessaire d'associer la folliculine à la testostérone et difficile alors d'établir la proportion utile des deux hormones.

René CHARPENTIER.

La conduite du traitement de la maladie d'Addison, par D. MAHOUEAU (*La Gazette médicale de France*, t. XLVI I, n° 10, p. 361 362, mai 1941).

Un seul traitement est actif dit l'auteur: l'acétate de désoxycorticostérone en solution huileuse, injecté dans les muscles, aux doses de 2 à 10 milligrammes par jour suivant la gravité des cas. L'avenir est peut-être à la greffe sous la peau de 1,50 à 2 grammes de désoxycorticostérone.

P. CARRETTE.

Le traitement de la myasthénie par la cortine de synthèse, ses dangers, par P. MOLLARET, J. LEREBoullet, A. GROSSIORD et M. ROUZAUD (*Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 13 mars 1942).

Observation d'une femme de 30 ans atteinte de myasthénie et traitée par une dose quotidienne de 20 mgr. d'acétate de désoxy-corticostérone, selon la méthode de Moehlig, sans meilleurs résultats que ceux obtenus à l'aide de prostigmine. La brusque apparition d'œdème aigu du poumon imposa l'arrêt de ce traitement. Les accidents, de type bronchoplégique, cédèrent à l'injection hypodermique de 2 mgr. 5 de prostigmine.

Signalant le danger de cette thérapeutique de la myasthénie par la cortine de synthèse, les auteurs proposent en outre l'usage de la prostigmine dans les œdèmes aigus bronchoplégiques et son emploi, en particulier, dans certains œdèmes aigus d'origine nerveuse.

R. C.

Essai sur la psychologie du goût. Introduction à l'étude de la diététique, par R. GOIFFON (*La Presse médicale*, 14-17 mai 1941).

De cette intéressante étude sur la situation du goût parmi nos 5 sens, sur les facteurs de la gourmandise, le goût, l'appétit, l'instinct, le rôle de la mémoire, la loi de sommation, la loi de prévision, la gourmandise-besoin, etc., dont les chapitres sont à lire en entier, retenons ici les applications pratiques lorsqu'il s'agit, en particulier, de nourrir un *anorexique*.

C'est une question de choix d'aliments, d'horaires, d'eupeptiques, et surtout de cuisine, déclare M. Goiffon. Sans doute, tout cela est-il très important, mais ceux qui ont eu à soigner des anorexiques dans des maisons de santé pensent que le problème ne se résume malheureusement pas à une question de diététique, si importante soit-elle. De même, les familles qui ne se décident à mettre les malades dans une maison de santé qu'après avoir épuisé toute l'ingéniosité de l'amour maternel et tout l'art de la cuisine, Succès et échecs restent fonction, naturellement, de la cause de l'anorexie et de la thérapeutique, psychologique ou organique, employée.

Il n'en reste pas moins que les règles diététiques indiquées par M. Goiffon sont excellentes et s'appliquent dans tous les cas. Modifier le régime d'un anorexique ou d'un petit mangeur est beaucoup plus difficile que de modifier le régime d'un gros mangeur. Et quelles que soient les autres indications thérapeutiques, celle-ci, la modification du régime alimentaire, doit en tous cas être suivie. Aussi, M. Goiffon souhaite-t-il, avec raison, que se forment des diététiciens spécialisés capables de traduire en prescriptions pratiques, les directives des médecins.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau de la Société Médico-psychologique pour 1942

Le Bureau de la Société Médico-Psychologique est ainsi constitué pour l'année 1942 :

Président : M. André BARBÉ.

Vice-Président : M. H. BEAUDOUIN.

Secrétaire général : M. Jacques VIÉ.

Trésorier-Archiviste : M. Georges COLLET.

Secrétaires des Séances : MM. Paul CARRETTE et Jean DUBLINEAU.

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 avril 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 11 mai 1942*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *mardi 26 mai 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 juin 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance* exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 13 juillet 1942*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOUT ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 octobre 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 novembre 1942*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 novembre 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-Psychologique, auront lieu le *lundi 21 décembre 1942*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

SECRÉTARIAT D'ETAT A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ

Désignation du nouveau Secrétaire d'Etat

M. le D^r Raymond GRASSET est nommé *Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé*.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r RENAUX est nommé Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône) ;

M. le D^r SIZARET est nommé Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) ;

M. le D^r PERUSSEL est nommé Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente) ;

M. le D^r BERCEGEAY est nommé Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère) ;

M. le D^r SCHERRER est nommé Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne) ;

M. le D^r CAPELLE est nommé Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse).

Concours du Médicat des hôpitaux psychiatriques

Un concours pour les postes vacants de Médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques s'ouvrira à Paris le lundi 22 juin 1942.

Les candidatures devront être parvenues au *Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé*, 7, rue de Tilsitt, à Paris, avant le 1^{er} juin 1942.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'alcoolisme dans l'enfance. L'hérédité alcoolique

D'une note récemment communiquée à la Presse par le *Dispensaire antialcoolique genevois*, il résulte que sur 329 buveurs et buveuses confiés à ses soins, 140, c'est-à-dire 43 %, ont consommé des boissons alcooliques avant l'âge de 15 ans. La plupart de ces enfants buvaient du vin avec ou sans eau, du cidre. Un enfant prenait de l'absinthe à 10 ans, un autre à 4 ans et demi. Deux enfants buvaient de l'eau-de-vie avant 12 ans ; un troisième fut enfermé dans une porcherie parce qu'il avait jeté son verre d'eau-de-vie. A deux autres, les parents donnaient du pain imprégné d'eau-de-vie. Un père offrait à son fils des apéritifs à l'âge de 10 ans. Un autre se vantait d'avoir fait boire un verre de vin à son bébé d'un an lors d'un baptême.

De ces 329 alcooliques, 137 avaient comme père un buveur, 21 une mère buveuse. Plus rarement, le père et la mère étaient tous les deux alcooliques. Dans 25 cas l'enquête a montré que les grands-parents étaient, l'un ou l'autre, des buveurs.

Il a été noté également que dans 51 cas sur 329 (soit 16 %), la « Protection des mineurs » a eu à intervenir à l'occasion d'« abandon de famille ». Or, ces enfants abandonnés conservent une certaine haine contre leur famille, risquent d'échouer dans la vie et cherchent parfois l'oubli de leurs peines dans les boissons alcooliques.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion du Comité National Suisse d'Hygiène mentale

Le Comité National Suisse d'Hygiène mentale se réunira à Zurich, le samedi 30 mai 1942, à 10 heures.

Au nombre des questions qui seront traitées lors de cette séance figurent des discussions sur les *psychothérapeutes libres* après un rapport du Dr REPOND, sur le *contrôle psychiatrique des établissements pour anormaux* (collaboration avec « Pro Infirmis », sur les *moyens de propagande* de l'hygiène mentale, etc...).

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Loi du 31 décembre 1941 modifiant et complétant la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins (1)

Article premier. — L'article 4 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins est modifié comme suit :

« Le Conseil supérieur de l'Ordre des Médecins se réunit au moins une fois par trimestre.

« Il maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre.

« Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent.

« Il a la garde de son honneur, de sa morale et de sa probité.

« Il fait tous les règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts.

« Il délibère sur les affaires soumises à son examen.

« Il est l'interprète des médecins auprès des Pouvoirs publics.

« Le règlement intérieur du Conseil supérieur, et notamment les dispositions relatives à la procédure d'examen des recours introduits auprès du Conseil, seront fixés par un règlement d'administration publique.

« Le statut de la profession médicale sera fixé par décret rendu en Conseil d'Etat, sur proposition du Conseil supérieur de l'Ordre. Il prendra le nom de " Code de Déontologie ". »

Art. 2. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 12 *bis*, ainsi conçu :

« Les médecins régulièrement inscrits au tableau d'un Ordre départemental sont déliés du secret professionnel institué par l'article 378 du Code pénal, vis-à-vis du Conseil supérieur et des Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins, pour toutes déclarations ou dépositions effectuées devant ces organismes ; ils n'encourent de ce fait aucune des peines prévues audit article du Code. »

Art. 3. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 12 *ter*, ainsi conçu :

« Les membres du Conseil de l'Ordre, ainsi que toutes personnes au service de ces organismes, sont tenus, pour tous les faits parvenus à leur connaissance à l'occasion de l'exercice de leur mandat ou de l'exécution de leur service, au secret institué par l'article 378 du Code pénal.

« Seront punies des peines prévues audit article du Code toutes personnes ayant contrevenu aux dispositions du paragraphe précédent. »

Art. 4. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 16 *bis*, ainsi conçu :

« Le règlement intérieur des Conseils départementaux, et notamment les dispositions relatives à l'inscription au tableau et à la procédure disciplinaire, sera fixé par un règlement d'administration publique rendu après avis du Conseil supérieur de l'Ordre. »

(Journal Officiel, 9 janvier 1942).

(1) Voir *Annales médico-psychologiques* : janvier 1941, pages 93-95 ; octobre-novembre 1941, page 311.

NÉCROLOGIE

Raoul Leroy (1869-1941)

Nous avons appris avec beaucoup de peine le décès de notre collègue Raoul Leroy, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine et ancien Président de la Société Médico-Psychologique. Raoul Leroy s'était attiré l'affection de tous par son aménité souriante, son dévouement aux malades et son ardeur à la recherche thérapeutique et scientifique, qui était restée aussi active au moment de l'inexorable retraite qu'en pleine jeunesse. Quoique souffrant depuis de longues années, il restait toujours, au cours des périodes les plus pénibles, courageux et même gai.

Toujours présent dans son service, assidu à toutes les réunions des Sociétés scientifiques, il est l'auteur de nombreux et importants travaux. Il n'est pas possible d'énumérer ici ses multiples communications et publications. Rappelons seulement le pittoresque syndrome des hallucinations lilliputiennes qu'il a décrit avec tant d'exactitude et de détails et qui devrait porter son nom. Son œuvre psychiatrique la plus importante est la malariathérapie de la paralysie générale. En collaboration avec Médakowitch, il a consacré à ce sujet un ouvrage de plus de 500 pages, qui constitue le seul manuel français encyclopédique de la malariathérapie. Traitant à Sainte-Anne de très nombreux paralytiques, Raoul Leroy nous a fait profiter de sa grande expérience ; il s'est en particulier attaché à décrire les délires secondaires à la malariathérapie, et les manifestations syphilitiques tertiaires chez les paralytiques impaludés. Le centre de malariathérapie, qu'il avait organisé à Sainte-Anne, et où j'ai eu l'honneur de lui succéder, a été organisé par Raoul Leroy à la perfection. Toute la documentation nécessaire, toutes les fiches des malades sont admirablement classées. Une de ses innovations très heureuses a été de faire suivre la malaria par un traitement chimique intensif prolongé pendant des années. C'est ainsi qu'il a créé dans son Centre un Service de traitement externe, où les malades reviennent avec plaisir, même longtemps après leur guérison. On peut dire que, sans vaine publicité, sans aide extérieure, Raoul Leroy est un de ceux qui ont le plus contribué à rapprocher l'hôpital psychiatrique de l'hôpital ordinaire. Ses nombreux malades guéris, le personnel de son service conservent un souvenir ému de sa compétence scientifique et de son affectueuse cordialité.

En retraite même, il n'avait pas interrompu son activité ; Raoul Leroy avait été nommé Secrétaire général de l'Ecole d'Infirmiers des Asiles et continuait à faire bénéficier notre personnel infirmier de son expérience et de son dévouement.

P. GUIRAUD.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Imprimé par Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé)
à Cahors (France). — 64.859

